



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN



Escuela Interdisciplinaria
de Altos Estudios Sociales
IDAES_UNSAM

MAESTRÍA EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA
COHORTE 2020
TESIS

Ética del bien decir y ética del buen morir.
Psicoanálisis Lacaniano y Cuidados Paliativos

-Director: Gabriel Racki

-Tesista: Ribeiro Ana Paula

-EMAIL: aanapaularibeiro.90@gmail.com

Agradecimientos

A C. y a M. en especial, y a cada paciente en particular, por su confianza en un momento tan íntimo y tan límite,

A mis compañeros del Equipo de Cuidados Paliativos del Hospital Rodolfo Rossi, por la transmisión de su experiencia paliativa y la calidad humana de su atención,

Al equipo de Salud Mental del Hospital Rodolfo Rossi y las Residencias, por sembrar la semillita de mi amor por el psicoanálisis y el compromiso con la salud mental,

A Gabriel Racki, por aceptar acompañarme en esta aventura de la escritura con paciencia, entusiasmo y sus “Adelante!”,

A Mariana Isasi, Beatriz Udenio y Maria Laura Valcarce, por la transmisión de un deseo decidido por la clínica psicoanalítica y la dedicación en la lectura de esta tesis,

A mi familia y a mis amigos de la vida y del Psicoanálisis, a “Las Rotas”, por su incondicionalidad y aguante firme y amoroso,

Al análisis y a mi analista, por su presencia justa, la palabra necesaria y el silencio oportuno

Y a quien sin saberlo, desde el amor, pulsó en mi la escritura viva.

Índice de la tesis

- Introducción: Formulación del problema e hipótesis
- Capítulo I: Cuidados Paliativos y Psicología Paliativa
- Capítulo II: Éticas
- Capítulo III: Vida y muerte
- Capítulo IV: El trabajo interdisciplinario o la transferencia de trabajo
- Capítulo V: Lo paliativo y lo incurable
- Capítulo V I: Casos
- Capítulo VII: Deseo del analista o inyección vital
- Conclusiones: *Ud. Puede comenzar por el final*

INTRODUCCION: Formulación del problema e hipótesis

En "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica" (1918) Freud dejó en claro su interés por la extensión del psicoanálisis, y esperaba que algún día el estado se hiciera cargo de la enorme "misericordia neurótica" existente: "Cuando suceda - decía - se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones". Aplicar el psicoanálisis al campo de los Cuidados Paliativos (CP), lejos está simplemente de una traslación conceptual. Es una oportunidad, no sólo para revisar cómo significamos algunos conceptos fundamentales que damos por supuestos, sino también para problematizar la práctica del psicoanálisis entre discursos.

Muerte e interdisciplina son dos significantes con los que nos confronta la praxis Paliativa, aunque no todo en ella se reduzca a ello. Lacan nos recuerda que no hay clínica sin ética, y esta apreciación vale más allá del discurso analítico. En la interfaz Psicoanálisis-Cuidados Paliativos, hay en principio dos éticas que, si agudizamos la escucha y elegimos no comprender, podrían contraponerse... aunque no siempre ni necesariamente. También pueden congruir.

Sin embargo, desde una significación común, parecieran apuntar a un mismo fin: "hacer el bien". La ética del bien decir, de un lado; la del buen morir, del otro. Y en el medio, tensionando, el asunto de la cura como propósito de toda intervención que se inscribe bajo la égida de una terapéutica.

Si para el discurso del amor, desde los CP lo Paliativo supone el alivio del dolor y del sufrimiento cuando existe una enfermedad amenazante para la vida, ¿cómo podría definirse lo paliativo en el Psicoanálisis? ¿De qué manera puede incidir la intervención de un psicoanalista en un dispositivo de CP?

La hipótesis sostenida en esta tesis es que lo Paliativo en la práctica de los CP orientados por el psicoanálisis lacaniano implicaría la localización y el trabajo con la muerte como lo imposible de decir y de curar; producción de un bien decir en transferencia que concierne al goce del ser hablante. Así mismo, incitar y cuidar la transferencia de trabajo puede ser una vía fértil para posibilitar que una ética del bien decir tenga lugar en esta práctica entre discursos.

OBJETIVOS

- Introducir al lector en la ética y pragmática de los Cuidados Paliativos.
- Conceptualizar la ética del bien decir para el psicoanálisis lacaniano.
- Plantear las similitudes y diferencias con la ética del buen morir proclamada por los Cuidados Paliativos.
- Precisar el modo el que desde el Psicoanálisis se define la vida y la muerte, el cuerpo y el síntoma.
- Problematizar el concepto de Cura y lo terapéutico.
- Construir una definición de lo Paliativo para el psicoanálisis lacaniano.
- Ubicar la especificidad de la intervención del psicoanalista en este campo con dos objetos de intervención: el paciente y el resto del equipo paliativo.
- Elucidar el concepto psicoanalítico de Transferencia para abordar el trabajo desde una práctica que se caracterizaría por la interdisciplina.
- Circunscribir el modo en el que un psicoanalista puede modificar un dispositivo de abordaje paliativo a partir del análisis de casos propios, y/o material cinematográfico o literario.

CAPITULO I

Cuidados Paliativos y Psicología Paliativa

Introducción

Probablemente, si hiciéramos una rápida encuesta acerca del concepto que la sociedad maneja sobre los Cuidados Paliativos, encontraríamos un alto porcentaje a favor de aquella significación que los emparenta con el sintagma “enfermo terminal”. Creo oportuno iniciar este recorrido agrietando un poco ese sentido, al conjugar los aspectos históricos de su surgimiento con los desarrollos conceptuales actuales; pero, sobre todo, con un saber que extraigo como resto de la práctica en este campo, bajo la lupa que el Psicoanálisis Lacaniano ofrece: los Cuidados Paliativos trabajan más con la vida que con la muerte. Claro que, habrá que ver de qué vida y de qué muerte se trata.

Este capítulo procura acercar y contextualizar al lector en los alcances y límites del enfoque paliativo, recorriendo las modificaciones conceptuales impresas por el avance de la misma práctica, el soporte legal que le da un marco, y la especificidad de la presentación del sufrimiento desde el campo de la Psicología Paliativa. Partiré de lo más general para arribar a lo más singular de la problemática que encabeza esta investigación: una pregunta por la ética y lo paliativo en la interfaz del Psicoanálisis Lacaniano y los Cuidados Paliativos; deteniéndome en este momento en lo que podría llamarse una ética del buen morir.

Orígenes

La definición de Cuidados Paliativos tal como los conocemos hoy, es bastante nueva; pero sus orígenes se remontan a los hospice medievales del siglo XII, lugares de refugio y descanso para los peregrinos que llegaban muy cansados y muchas veces, enfermos o moribundos. La palabra *hospice* proviene del latín *hospitium* que significa hospitalidad “acción de recibir o acoger como huésped”. Sin embargo, es en Francia, en 1842 cuando por primera vez se utiliza ese

término asociado al cuidado de los moribundos de la mano de Jeanne Garnier, fundador de los Hospicios o Calvarios. Posteriormente en 1879 se funda en Dublín el Our Lady's Hospice y en 1905 St Joseph's Hospice en Londres, ambos fruto del trabajo de Las Hermanas de la Caridad irlandesas. Comienza a instaurarse así un modelo de atención y cuidados basado en una organización caritativa-cristina que procura brindar hospitalidad a aquel que está sufriendo.

El inicio oficial del Movimiento de Hospicios Moderno se le atribuye a Cicely Saunders a partir de la creación del St Christopher's Hospice en Londres, en 1967. Yace en su acta de fundación: *"El St. Christopher's Hospice está basado en la fe cristiana en Dios, a través de Cristo. Su objetivo es expresar el amor de Dios a todo el que llega, y de todas las maneras posibles; en la destreza de la enfermería y los cuidados médicos, en el uso de todos los conocimientos científicos para aliviar el sufrimiento y el malestar, en la simpatía y entendimiento personal, con respeto a la dignidad de cada persona como hombre que es, apreciada por Dios y por los hombres; sin barreras de raza, color, clase o credo "* (Annual report and year book 1990-91, St. Christopher Hospice). Los Hospice aspiraban a reunir la capacidad científica del hospital y la calidez del hogar, tomando como ejes de trabajo el alivio rápido del dolor, el concepto de dolor total y la atención singular de la unidad de atención paciente-familia. Sin embargo, algunos años antes de su fundación, Saunders ya había comenzado un recorrido por hospice y hospitales de otros países; entablando conversaciones con médicos, trabajadores sociales, enfermeros, y poniendo en agenda su trabajo en torno al concepto de cuidados globales. Entre estas figuras, encontramos a los psiquiatras Elizabeth Kubler-Ross y Cloin Murray Parkes, quienes ya venían estudiando el comportamiento de los moribundos, y serán referentes en la creación del movimiento hospice.

Cicely es considerada la gran pionera en CP. Su primera profesión fue la enfermería, a la que se agregó luego Trabajo Social y finalmente Medicina. Interrogada por la incidencia de los cuidados en la calidad de vida de los enfermos, realizó un trabajo de investigación de campo en el St. Christopher que concluyó en la confirmación de que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual, mejoraban significativamente la calidad de vida de los enfermos y también de

sus familias. Estaba muy interesada en estudiar el tratamiento del dolor, y llegó a trazar una distinción que hoy nos parecería obvia: diferenciar el dolor físico de otro tipo de dolor asociado a lo emocional por el momento particular que atraviesa quien padece una enfermedad avanzada. Acuñó para ello el término *dolor total* en 1964, que engloba un más allá de lo estrictamente físico: “La experiencia total del paciente comprende ansiedad, depresión y miedo; la preocupación por la pena que afligirá a su familia; y a menudo la necesidad de encontrar un sentido a la situación, una realidad más profunda en la que confiar” (Vidal y Torres, 2006, p. 143). El St. Christopher fue el primer hospice donde además de brindar atención a pacientes con enfermedades avanzadas e incurables, se realizó investigación y docencia sobre el alivio del sufrimiento.

Cicely descubrió que ante la irrupción de una enfermedad amenazante para la vida, no era indistinta la presencia concreta de otro que acompañara al enfermo en el proceso; independientemente de las medidas farmacológicas que se utilizaran. De un otro ahí, dispuesto a ofrecer un tiempo y un espacio para la escucha, libre del empuje del furor curandis pero no por ello, resignado al “abandono” o sumido en la posición de impotencia del “no hay más nada por hacer”. Con su perspectiva, propuso un cambio de enfoque que realza la humanización del cuidado en la medida en que humaniza al “enfermo”. Su convicción era: *“Usted importa por lo que usted es. Usted importa hasta el último momento de su vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para que muera de manera pacífica, sino también para que, mientras viva, lo haga con dignidad”*.

Expansión y estado de situación local

Se inicia un periodo de expansión de un enfoque que vuelve a poner sobre la mesa la atención en el cuidado integral, cuando el ingreso de la Ciencia en la Medicina hacia la segunda mitad del siglo XX, había impulsado la fragmentación del organismo, la medicalización de la muerte y la tecnocracia de la enfermedad, en pos de prolongar el tiempo de vida. Con esta nueva ideología de los cuidados, se interpone la pregunta por la muerte y el proceso del morir en articulación con la calidad de vida. En consonancia con este crecimiento, empiezan a formarse equipos de atención domiciliaria y hospitales

de día; diversificando el dispositivo de asistencia de los hospice. A su vez se sistematiza y formaliza el marco conceptual de los cuidados paliativos, instituyéndose en disciplina y subespecialidad médica hacia 1987 en Inglaterra.

En Argentina los primeros antecedentes datan de comienzos de los '80. En 1982 se crea el Programa de Cuidados Paliativos de San Nicolás a cargo del Dr. Roberto Wenk, encargado de brindar asistencia domiciliaria a pacientes de nivel socioeconómico muy bajo y centrado en el trabajo de voluntariado. En 1985 se inaugura la sección de Medicina Paliativa del Hospital de la comunidad de Mar del Plata liderada por los Dres. Somoza y Manzini. A partir del '92 inician cursos de capacitación en CP, y en 1994 se obtiene la figura legal de la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos. Dos años más tarde, en la ciudad de Buenos Aires tendrá lugar la Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital Tornú como parte del Programa Argentino de Cuidados Paliativos Tornú –Femeba. Allí funcionará desde el 2016 la Residencia Posbásica Interdisciplinaria en CP; y en el 2023 se inaugurará otra sede en Provincia de Buenos Aires, en el Hospital Interzonal General de Adultos Rodolfo Rossi.

El Equipo Interdisciplinario de Cuidados Paliativos del Rossi, del que formo parte, nació como Sala de Internación Domiciliaria dependiente del Servicio de Clínica Médica del hospital en el año 2001. Desde entonces, los recursos y los dispositivos de atención fueron creciendo, acorde a la demanda intra y extra hospitalaria. No obstante, la impronta siempre fue el dispositivo de atención domiciliaria, pionero en la oferta del sistema sanitario público en Cuidados Paliativos de la Provincia de Buenos Aires. En el 2017 se incorporó el dispositivo de Consultorios Externos para pacientes ambulatorios; recibiendo consultas de distintas localidades de la provincia, de otras provincias, y de otros países que deciden instalarse en la ciudad de La Plata para iniciar sus tratamientos. Se suman los dispositivos de Interconsulta, Internación Hospitalaria, y el reciente Consultorio de Acompañamiento en la pérdida, reservado para trabajar acerca del duelo con los familiares de los pacientes fallecidos que lo requieren.

Actualmente la práctica de los Cuidados Paliativos se extiende por todo el país tanto en el ámbito público, como en el privado, aunque son escasos los

equipos interdisciplinarios en relación a la demanda que existe. Suelen ser más los profesionales “sueltos” de las distintas disciplinas que practican el enfoque paliativo, que los equipos interdisciplinarios especializados, preparados para el abordaje de situaciones complejas.

Un cambio significativo en lo que atañe a la visibilización y expansión de los CP en nuestro país, se dio a partir de la sanción de la Ley N° 27.678 de Cuidados Paliativos en 2022, que entró en rigor a mediados del 2023. La misma busca garantizar el acceso a prestaciones integrales en el ámbito público, privado y de la seguridad social, para quienes padecen una enfermedad que afecta significativamente su calidad de vida y la de sus familias. Se trata no sólo de impulsar su reconocimiento como un derecho esencial, sino también la formación y capacitación de equipos de salud en este abordaje. El decreto reglamentario procura la implementación de acciones y medidas necesarias para el desarrollo de estrategias de atención interdisciplinaria y el acceso a las terapias disponibles, la accesibilidad a los medicamentos y elementos esenciales en cuidados paliativos, con la cobertura necesaria en el caso de las obras sociales y las entidades de medicina prepaga.

La normativa se sustenta en el respeto por la vida y el bienestar de las personas, entendiendo que ello hace al respeto a la dignidad y autonomía del paciente en relación a las decisiones sobre sus tratamientos y los cuidados que debe recibir a lo largo de su enfermedad.

Paradójicamente, fue en el contexto de la pandemia por Covid 19 donde los cuidados paliativos cobraron relevancia. Y es que allí la muerte se nos impuso de un modo salvaje, tal vez, como nunca antes algunas generaciones lo habían experimentado. Los modos de morir fueron tema de agenda cotidiana: un bichito que llegaba para desafiar la supuesta “ley de la (muerte) de la vida”, donde no era garantía la buena salud ni la juventud para evitar el contagio y la gravedad de la enfermedad, donde por mucho tiempo la mejor vacuna fue el aislamiento social y ello suponía la muerte en la extrema soledad; la imposibilidad de despedida para el muriente y quienes quedaban de este lado de la vida. ¿Qué calidad de vida? ¿Qué calidad de muerte? Las preguntas en torno a estos asuntos que tocaban de lleno cuestiones de la ética y la espiritualidad, los límites de la ciencia y la impotencia de la medicina, condujeron de lleno a la filosofía de los Cuidados Paliativos, que convivían

silenciados por el aturdimiento de los ideales de “un mundo feliz”. Veremos en otro capítulo estos entrecruzamientos discursivos, pero lo cierto es que tanta cachetada de real y de realidad, propició que lo paliativo adquiriera relevancia.

Veamos algunas cifras...

La OMS estima que 40 millones de personas al año requieren de cuidados paliativos, pero solo un 14% los recibe. O bien, solo una de cada diez personas que los necesitan. Por otro lado, la demanda mundial de atención a personas con enfermedades potencialmente letales seguirá creciendo a medida que las poblaciones envejezcan y aumente la carga de enfermedades no transmisibles. Para 2060 se prevé que la necesidad de cuidados paliativos se habrá casi duplicado.

En cuanto al proceso de envejecimiento, ya en 2017 un documento oficial sobre cuidados paliativos y atención integral de la cronicidad avanzada publicado por el Ministerio de Salud de Nación (Mertnoff, 2017), sancionaba que para Argentina las proyecciones de población indican para el año 2050 que la población de más de sesenta años será del 23% de la población total (13% en 1990). Así mismo, la epidemiología de esta franja etaria muestra una clara prevalencia de enfermedades evolutivas crónicas, y que más del 75% de la población morirá de una o más condiciones/ enfermedades crónicas.

Mertnoff Rosa (op. cit) médica paliativista que escribe dicho documento, define a la cronicidad avanzada como “aquel periodo final de la enfermedad caracterizado por una declinación física y nutricional, múltiples síntomas, trauma emocional, crisis frecuentes, polifarmacia, uso frecuente de recursos hospitalarios y urgencias, un sufrimiento considerable para los pacientes y sus familias y la necesidad de toma de decisiones éticas dilemáticas” (p. 1). Las patologías más frecuentes son la demencia y las enfermedades neurodegenerativas, seguidas del cáncer y de las insuficiencias orgánicas (respiratoria, cardíaca, renal, hepática). Y agregaba: “Con nuestro sistema de salud construido alrededor de un modelo de cuidado episódico para dar respuesta a las patologías agudas, esta población de personas recibe actualmente una atención fragmentada, inadecuada y no coordinada que le agrega sufrimiento a su condición, resultando, además, costo ineficiente para el sistema” (op.cit).

De este modo, el modelo de atención ofertado por los CP cobra pregnancia y adquiere interés político en la planificación sanitaria.

¿A qué llamamos Cuidados Paliativos?

Conforme fue creciendo y precisándose el campo epistemológico de los CP, también fue variando su definición. En 1980 la Organización mundial de la salud los incorpora y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de cáncer. En aquel entonces eran definidos como “el cuidado total, activo y continuado de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica no es la curación. El control del dolor, de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial”. Varios años después la Organización Panamericana de la salud también los incluirá, haciendo referencia a las “enfermedades potencialmente mortales”. Como bien lo señala Silvina Dulitzky (2023, p. 35), esta primera definición si bien alude a la unidad dual de atención paciente-familia, y a la multicausalidad sintomática (físico-psíquico-social-espiritual), pone el énfasis en el control sintomático desde un abordaje multidisciplinar, más que interdisciplinario; lo que conduce a intervenciones integrales pero fragmentadas.

En 2002 una modificación en esta conceptualización permite ampliar y complejizar el abordaje paliativo; aproximándose mejor al espíritu que Saunders había deseado: *“enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”* (OMS, 2002, p. 3) . Si los CP tradicionalmente se apegaban a la incurabilidad y la terminalidad debido al avance de una enfermedad, la nueva definición amplía sus alcances a cualquier enfermedad que introduzca alguna limitación en la vida, tenga o no posibilidad de tratamiento curativo. Se habla allí de “enfermedades amenazantes para la vida”, y actualmente, de “cronicidad avanzada”. Esto supone una nueva concepción del tiempo involucrado en el proceso de la

enfermedad, la cronicidad remite a lo que perdura, y en este punto la calidad de vida comienza a ser un asunto al que atender. Despegados los cuidados paliativos de la muerte inminente, y bajo la égida de la calidad de vida como horizonte, se vuelve posible recibir esta atención en cualquier momento del proceso de la enfermedad; y hasta necesario de hacerlo en las fases más tempranas. El último consenso sobre la definición desarrollado e implementado por la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos, IAHPC, con la participación y apoyo de organizaciones de todo el mundo dedicadas a los CP postula que *“Los CP son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores”*. Nótese que tiene lugar aquí el sufrimiento, sin que quede muy en claro a qué se refieren con ello. El eje sigue estando puesto en el diagnóstico y tratamiento del sufrimiento, pero basado en un modelo integrado de intervención donde pueden coexistir prácticas curativas y paliativas; y donde lo “multi” queda opacado tras el brillo de lo interdisciplinario.

Acompaña aquella definición los siguientes principios:

- Procuran la prevención, identificación precoz, evaluación integral y control de síntomas físicos, psíquicos, sociales y espirituales.
- Las intervenciones paliativas deben estar basadas en la evidencia, siempre que sea posible.
- Brindan apoyo y orientación tanto a los pacientes como a sus familias, facilitando la comunicación efectiva y ayudándolos a determinar los objetivos de la asistencia.
- Pueden indicarse durante el curso de la enfermedad si así lo requiere el paciente; por ello es que a veces se proporcionan conjuntamente con tratamientos que modifican la enfermedad.
- Pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- No pretenden acelerar ni posponer la muerte, sino que afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural.
- Apuntan a trabajar con familia y cuidadores la adaptación a la enfermedad y el duelo.

- Se proveen reconociendo y respetando los valores y creencias culturales del paciente y de la familia.
- Son aplicables en todos los ambientes de atención médica (sitio de residencia e instituciones) y en todos los niveles (primario a terciario).
- Pueden ser provistos por profesionales con formación básica en CP, o bien requerir de un equipo especializado, multiprofesional para la derivación de casos complejos.

La nueva definición dada por la OMS, y el posterior consenso sobre ella, introduce un concepto clave en el campo psi, que será el punto de anclaje de la pregunta que sostiene esta investigación: *el sufrimiento*.

Lugar de la Psicología en los CP

Cuidados Paliativos, dos palabras emparejadas pero disímiles. Vimos que el nacimiento de los CP estuvo signado por la práctica e ideología del cuidado, con mucha presencia de la enfermería y grupos religiosos, aunque imperando el desarrollo médico... pero ¿de dónde surge lo “paliativo”?

En latín, Pallium, significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o sufrimiento (Mount BM, J Pain Symptom Manage, 1993). Cuidar/ cubrir, velar, el sufrimiento. ¿De qué hablamos cuando decimos sufrimiento en este campo? Calidad de vida y sufrimiento parecieran situarse en veredas opuestas; siendo condición de la primera, la ausencia o merma del segundo. Es un poco por este costado que el mundillo de lo psi va tomando presencia en el campo de los CP; cuando el dolor ya no puede reducirse a inervaciones nerviosas, reacciones neuroquímicas y fisiopatogenias. Aquella distinción que había propulsado Saunders entre un dolor físico, y otro... mucho más escurridizo y difícil de apresar en una escala de medición del dolor, incluso con palabras, entra en escena. Podría concebirse al sufrimiento, en el asunto que nos compete, como la traducción subjetiva del padecimiento que soporta un cuerpo enfermo. Silvina Dulitzky (2023), psicoanalista abocada al trabajo en CP, lo ubica como “la marca particular de quien lo padece, dato insustituible de la presencia del sujeto” (p 37). “Particular” y “sujeto”, dos significantes pista que, como veremos, nos acercan a lo paliativo en el psicoanálisis lacaniano.

Pero en el campo de los CP, al concepto de sufrimiento suele agregársele otro término que, juntos, delinean un sintagma frecuente de esta práctica en la medida en que intenta nombrar algo de ese dolor tan particular que experimenta quien se sabe enfermo de una enfermedad limitante y crónica: Sufrimiento existencial. Subrayo aquí el “quien se sabe enfermo”, que será profundizado en otro capítulo. Si los CP suponen un enfoque que prosigue la calidad de vida, y si “(...) en el proceso de muerte es posible encontrar un afecto particularísimo asociado a la terminalidad de la vida” (Dulitzky, op.cit, p. 37), el sufrimiento existencial será el protagonista de la especificidad de la Psicología Paliativa. La clave estará en el concepto de *existencia*, como el que permitiría introducir algo de la particularidad, de sujeto, revalorizando la disyunción entre saber, verdad y conocimiento.

Existen dos definiciones clásicas de sufrimiento en este sentido:

1. Cassell (1982): malestar generado por la amenaza de la pérdida de integridad o desintegración de la persona, con independencia de su causa (p. 641).
2. Chapman & Gavrin (1993): Estado afectivo, cognitivo y negativo complejo, caracterizado por la sensación que experimenta la persona de encontrarse amenazado en su integridad por su sentimiento de impotencia para hacer frente a esta amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontarlo (p. 7).

Desde el marco teórico de la Psicología Paliativa imperante, aquel que se nutre de una combinatoria del Constructivismo, el Cognitivismo-Conductismo y el modelo Sistémico, el sufrimiento existencial estará dado por la sumatoria del encuentro con una enfermedad grave y avanzada que trae limitaciones en el cotidiano, y la insuficiencia o inoperancia de los recursos subjetivos con los que contaba el sujeto para afrontar situaciones adversas... o, como lo llaman: *distrés psicológico*.

Por otro lado, para Ramón Bayés, psicólogo paliativista español referente en CP (2001), se trata de un “conocimiento subjetivamente cierto que se suscita en un momento concreto de la vida de que ‘voy a morir’” (p. 23) y que puede

derivar en un sufrimiento de desasosegado o en una experiencia de aceptación adaptadora.

La Psicología Paliativa cuenta sobre todo con los desarrollos de Elizabeth Kubler Ross (1969), quien propone un esquema evolutivo de la adaptación al proceso de terminalidad basado en los mecanismos de defensa y los estilos de afrontamiento que se activan ante la enfermedad: Shock, negación, enojo, negociación, depresión, aceptación o resignación. Este desarrollo coincide con las fases de duelo también descritas por ella. En continuidad con sus teorizaciones Bayés designa algunos temores comunes del momento de la fase terminal (2001, p 38): dolor severo, shock o asfixia, incontinencia, pérdida del lenguaje, parálisis, desolación, morir solos, ser enterrados vivos, dejar cosas incompletas, muerte digna.

Pese a que desde un comienzo se destacó la conformación multidisciplinar en el abordaje paliativo, los desarrollos y la formalización discursiva de la Psicología en este campo es muy nueva y aún queda bastante por especificar. Tal como lo señala Dulitzky (op.cit), “Las demás disciplinas- trabajo social, terapia ocupacional, enfermería, psicología, farmacia, musicoterapia, kinesiología, nutrición- que constituyen el equipo de salud no han demostrado el mismo nivel de producción que la medicina, tendiendo a producir una suerte de complemento del saber médico sobre la muerte” (p. 40).

Incluso un documento elaborado por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos a propósito de la formación de psicólogos en CP, establece que “todos los profesionales deberían hacer uso de las habilidades psicológicas básicas en su labor cotidiana y que los pacientes con necesidades psicológicas complejas deberían ser confiados a los profesionales de la salud mental” (EAPC, 2011, p. 2). Estos lineamientos sientan la base para discusiones que se están dando acerca de la especificidad de intervención del psicólogo en una práctica que se define por la interdisciplina; y donde no deja de ser un riesgo que, por el mismo empuje al que podría conducir hacer de la interdisciplina un ideal, acaben desdibujándose los límites que definen a cada disciplina en particular. En consonancia con estos miramientos, Bayés advierte sobre estos riesgos y plantea que de no contar con psicólogos en la atención de casos que requieren un abordaje paliativo, podría concluir en una asistencia inespecífica,

respuestas insuficientes, y desgaste profesional en quienes asuman esas tareas.

Un Informe del Hastings Center, instituto abocado a la investigación ética en salud y medicina, establece como prioridad el alivio del sufrimiento junto a otros fines: 1- prevención de enfermedades lesiones y promoción y conservación de la salud, 2- alivio del dolor y sufrimiento causado por males, 3- atención y curación de enfermos y de cuidados a incurables, 4- evitación de la muerte prematura y búsqueda de una muerte tranquila. Allí se define el sufrimiento como “un estado de preocupación o agobio psicológico, típicamente caracterizado por sensaciones de miedo, angustia o ansiedad” ([1996]-2004; p. 76). Y agrega: “aunque se conocen métodos farmacológicos eficaces para el alivio del dolor, el sufrimiento mental y emocional que acompaña en ocasiones la enfermedad, no se suele detectar ni tratar de forma adecuada” (p 35).

Dulitzky considera que justamente es fundamental profundizar la distinción de lo que la psicología puede producir y aportar en torno al proceso de morir y la idea de finitud: “¿podemos pensar que los CP han logrado resolver un primer desafío discursivo al introducir la muerte y los moribundos en el campo de prácticas médicas, sociales y humanísticas pero que aún queda por enfrentar un segundo desafío en términos de suponer un sujeto a las muertes que asisten?” (p 41). Interrogante que nos interpela y allana el camino para explorar qué lugar y función podría tener el Psicoanálisis aquí.

Éticas...

Del buen morir

Les propongo adentrarnos en este asunto desde la óptica de la ética. La ética de los Cuidados Paliativos y la ética del Psicoanálisis, diferentes, aunque no excluyentes. La ética del Psicoanálisis Lacaniano como una orientación en la escucha y en la intervención, no tanto como una “terapéutica”. Es por ello que la propuesta de este trabajo se sostiene en la potencia del discurso analítico más que en el dispositivo del análisis o lo que suele llamarse “Psicoanálisis puro”, para el abordaje del padecimiento en el campo de los Cuidados Paliativos. Y no sólo para el trabajo con lo que el marco paliativo denomina

como “unidad de atención” (paciente+ familia); si no también para la intervención con y en el equipo de profesionales que sostiene la atención.

Para el caso de los CP pensé la nominación “ética del buen morir”. Podrán objetar que se contradice con lo enunciado al inicio de este capítulo: que los CP trabajan más con la vida que con la muerte, o que los CP (tal como consta en la nueva definición consensuada) no se reducen a la enfermedad terminal. ¿Por qué nombrarla “del buen morir”, entonces? ¿cuál sería un buen/mal morir? ¿qué es el buen y qué el mal?

Vimos que el principal objetivo es el alivio del dolor y del sufrimiento, ocasionados por la presencia de una enfermedad que trastoca las modalidades habituales de vivir. Orienta su praxis el control de síntomas (los de la misma enfermedad o los tratamientos prescritos), el trabajo interdisciplinario y la unidad de atención paciente-referentes socioafectivos. Desde este marco, los síntomas y el padecimiento se entienden desde un enfoque multicausal, atravesados por factores físicos, psíquicos, sociales y espirituales. Se promueve una ética que, cuestionando el modelo médico hegemónico y las prácticas de encarnizamiento terapéutico, procura recuperar los principios bioéticos de la beneficencia y autonomía del paciente, en pos de promover calidad de vida, y garantizar el derecho a decidir (Twycross, 2000).

En el sistema sanitario argentino, además de la reciente Ley de CP ya mencionada, existen otras dos que la anteceden, que se ordenan en torno a esta problemática: la Ley N° 26529 (2009) sobre “Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, y la N° 26742 (2012), conocida como “ley de muerte digna”. En esta última se modifican algunos artículos de la 26529, cuyas bases serán tomadas en la 27678. Destaco principalmente dos cambios:

1. Sobre el derecho del paciente a la Autonomía de voluntad establece que: *“En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con*

la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable. (...) En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente”.

2. Respecto del derecho al Consentimiento informado, agrega *“El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.”*

Muchas veces la ética queda equiparada con la moral, pero bastante hay escrito acerca de la importancia de no confundirlas, reiterando que la ética se aboca al juicio crítico desde una reflexión y debate que no debiera involucrar juicios de valor sobre la conducta humana, sino un análisis de las consecuencias de los hechos en base a cómo repercuten en la vida de las personas con el objeto de arribar a una decisión. De allí que el asunto de la “toma de decisiones” constituye el núcleo rector en la ética.

En este contexto, ética del buen morir se aproxima, por su contrario, a lo que Laura Panizo (2020), especializada en antropología de la muerte, designa como “la mala muerte”, para dar cuenta de aquella que acontece con dolor y sufrimiento; tanto para el muriente como para quien queda. Siguiendo esta línea, respetar las decisiones, atender a las necesidades singulares de quien padece la enfermedad, y procurar un trabajo de duelo anticipado con el que queda, serían condicionantes para una “buen morir”. En la medida en que los CP normalizan la muerte, la calidad de vida en el fin de la vida se convierte en un momento privilegiado del abordaje. La cercanía del final de la vida orgánica, o la incidencia de una enfermedad crónica y limitante para la vida, no debieran opacar el trabajo por la calidad de vida... hasta el último suspiro. Una premisa que arrastra la marca de los orígenes de los CP, es la que versa: *no es lo mismo morir solo que acompañado*. Varios protocolos de acompañamiento en el final de vida en internaciones hospitalarias se crearon durante la pandemia para resguardar este principio; atendiendo no sólo a los cuidados sino fundamentalmente a la experiencia subjetiva de quien está próximo a morir.

Ahora bien, ¿qué sería “calidad de vida” y “muerte digna”? es una pregunta que se responde en la lógica del uno a uno; ese es el lema de la filosofía paliativa. Podríamos decir, en el lenguaje de la indumentaria, un trabajo de alta costura y no tanto pret-à-porté, porque se centra en la creación de un diseño de la atención único y exclusivo para cada paciente, y no en un molde estandarizado ya listo para llevarse puesto. Esta precisión, acerca en cierto modo los CP a la ética del psicoanálisis en la medida en que considera la singularidad... aunque la singularidad de los CP no equivalga a la singularidad del Psicoanálisis.

Pese a este rasgo de semejanza, en términos generales, los CP como modelo de atención no dejan de estar inscriptos bajo el discurso del amo, y como tal, los ideales que sostienen ese discurso irremediablemente se cuelan. Ideales que buscan distanciarse del modelo médico hegemónico y que procuran una mirada humanizada en el proceso de atención, realzando la autonomía y la voz del paciente. Conmoviendo el furor curandis, el riesgo es caer en la otra cara de la misma moneda... un “furor curandis de la mala muerte”. Es en ese furor, en ese entusiasmo encefaleador donde surge el problema. Que es esperable que ocurra, que seguirá ocurriendo, y que resulta interesante y posibilitador, poder leerlo a tiempo. ¿Qué ocurre cuando alguien no decide en pos de lo que sería un buen morir, o dicho de otro modo, su decisión implica un encarnizamiento terapéutico?

Conclusión

La ética del Psicoanálisis se diferencia de la ética del buen morir paliativo, pero no por ello se distancia de los CP. Al contrario, tal como intentaremos demostrar, puede aportar otro tiempo y otro espacio de escucha y de palabra; abriendo un tiempo para comprender donde lo más singular se produzca con efectos paliativos. Se trata de definiciones de lo singular y lo paliativo, disímiles.

CAPITULO II

ÉTICAS

Introducción

Situados ya los conceptos fundamentales que hacen al marco epistemológico y práctico de los Cuidados Paliativos en general, y del sufrimiento para la Psicología Paliativa en particular, este capítulo estará dedicado en primer lugar, a profundizar en la ética del buen morir desde los principios que orientan la intervención psicológica en el campo paliativo: cómo se define el problema sobre el que hay que intervenir y qué función se espera del psicólogo en estos casos donde emerge la particularidad de la cercanía de la muerte. Desde la ética de la Psicología Paliativa podremos distinguir enfoques que toman en consideración algunos aportes del psicoanálisis posfreudiano, y otros que lo excluyen.

Pero el psicoanálisis lacaniano cuenta con una ética propia que se distancia de las otras en la manera de concebir el objeto de intervención, la táctica y la estrategia y el lugar del practicante en su acto. Interrogar una articulación posible entre la ética del buen morir y la ética del bien decir requiere conocer sus diferencias y sus puntos de encuentro. También aquello inconciliable para no caer en ideales de complementación que pueden resultar iatrogénicos en la intervención.

Ética de la Psicología Paliativa

Sin el Psicoanálisis

El estudio y abordaje de lo que podríamos llamar una “clínica de los cuidados paliativos” desde la Psicología estuvo desde los inicios impregnado por los aportes de la Psicología Cognitivo-Conductual, los modelos constructivistas y narrativistas, la Teoría sistémica, y algunas contribuciones del psicoanálisis inglés posfreudiano.

Actualmente prevalece esta diversidad, con el agregado de algunas terapéuticas de la Psicología Transpersonal y Positiva. Estos enfoques se sostienen en una ética orientada por el alivio del sufrimiento a partir de la expresión de lo que produce la enfermedad, la modificación de conductas y pensamientos en torno a ello en pos de desarmar sentidos para construir otros menos padecientes, y la búsqueda de herramientas que afiancen la comunicación entre el paciente y su familia cuando yace aquí alguna trabazón que acrecienta el malestar. El rol del psicólogo no se detiene en el abordaje con la unidad dual de atención, si no que alcanza a la dinámica intra equipo de paliativos e inter equipos cuando intervienen otros profesionales no paliativistas. En este punto, resultan interesantes las contribuciones en torno a la relación interprofesional, el lugar notable que se le da al trabajo con la subjetividad de los profesionales que conforman el equipo, la importancia del autocuidado y la prevención del burn out (Barbero Gutiérrez, J; Gómez-Batiste, X; Maté Méndez, J y Mateo Ortega, D. 2016).

Más allá de las diferencias, dichos enfoques parten de la premisa de la enfermedad crónica y avanzada, como un hecho traumático, causante de lo que se conoce como *distrés psicológico*. Distrés proviene, en inglés, de “malestar”, y se traduce en español como “angustia”. En el caso de la enfermedad oncológica alude a “una experiencia emocional desagradable, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual, emocional), social y/o espiritual que puede interferir con la capacidad de afrontamiento del cáncer, de sus síntomas físicos y de su tratamiento” (Holland JC, & otros, 2001, p. 93).

Para precisar el rol del psicólogo desde esta perspectiva es importante tener en cuenta algunos conceptos bisagra.

En primer lugar, que *la enfermedad* es considerada como un factor potencialmente estresante, que produce una ruptura de la homeostasis, y funciona como coyuntura desencadenante de distrés psicológico. No sólo en quien padece la enfermedad, aunque en él sea de un modo particular. El Estrés según Lazarus y Folkman (1984) es la relación particular entre la persona y el ambiente, el cual es percibido como desmesurado o que excede los recursos y pone en peligro el bienestar.

En segundo lugar, que existen distintas *respuestas psicológicas* ante esta situación, tipificables, adaptativas o desadaptativas, que dependen de factores cognitivos, estilos de afrontamiento y percepción del control sobre la enfermedad . Los estilos de afrontamiento son los “esfuerzos cognitivos y conductuales que se realizan para manejar reducir u optimizar, las demandas que provienen del mundo externo o interno” (Lazarus y Folkman, 1984). También existirán factores externos relativos al apoyo sociofamiliar, recursos materiales y otros factores de estrés simultáneos que podrían condicionar dicha respuesta.

En tercer lugar, que el rol del psicólogo aquí estará dado por una escucha activa y dirigida a identificar cuál es la respuesta psicológica ante el evento traumático, y cuáles las necesidades y preferencias del enfermo y la familia, con el propósito de facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad. Adaptación será un concepto clave en el trabajo del psicólogo. Se define como un proceso de ajuste de los recursos personales para afrontar la situación de enfermedad, con el fin de recuperar el equilibrio perdido por la aparición de la misma. Ramón Boyés y otros pioneros que teorizan sobre la respuesta psicológica frente a la enfermedad, expresan: “Una persona sufre cuando acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia personal y/u orgánica; y al mismo tiempo, siente que carece de recursos para hacerle frente” (1996). En este sentido, a mayor Integración de la experiencia traumática a la historia vital, mejor adaptación y menor padecimiento. A grandes rasgos, hete aquí cierto algoritmo del trabajo del psicólogo en el campo de los cuidados paliativos. Una orientación de su praxis.

Con el Psicoanálisis

En lo que atañe a los abordajes psicoanalíticos, no lacanianos, priman recorridos que resaltan la función del psicólogo en el acompañamiento del paciente y sus referentes durante el proceso del morir; las incidencias clínicas de la comunicación diagnóstica y pronóstica de una enfermedad amenazante para la vida, el modo en el que esta contingencia se entrama en el drama de cada quien, y el trabajo de duelo que podría ponerse en marcha a partir del encuentro con la experiencia de la pérdida. La mayoría de estos recorridos

enfatan el lugar y la función de la palabra como medio de tramitación del padecimiento psíquico, de elaboración sintomática, y como instancia necesaria para tomar una posición activa respecto de la situación de enfermedad y el derecho a decidir. Posiciones terapéuticas que parten de la premisa de la enfermedad como hecho traumático en la historia de vida de quien recibe el diagnóstico y su entorno, y en consecuencia, del tratamiento vía lo simbólico-imaginario para “elaborar” el padecimiento.

También se encuentra en las lecturas, y a diferencia de los aportes no psicoanalíticos, una consideración particular de la incidencia de un tiempo subjetivo que difiere al cronológico y evolutivo de la enfermedad, pero que de algún modo se acompasa a él. Entre el “estímulo” y la “respuesta” no hay una dirección unívoca y directa... en la “caja negra” pasan cosas, existe un inconciente que se rige por una lógica distinta a la conciencia (aunque esta noción diferirá de la lacaniana), y la realidad psíquica juega su partida en el proceso de asimilación de una enfermedad y de una pérdida. No obstante, en esta incorporación del tiempo y el trabajo que tiene por delante el aparato psíquico ante la enfermedad, se continúa sosteniendo la idea de ciertas “etapas” o “instancias” por las que el sujeto atraviesa a lo largo del proceso. Nombrar, desentramar, identificar sentidos para sustituirlos por otros, desmontar silencios, una orientación sostenida en el uso de la palabra a modo catártico, pero también de borde ante lo que no puede decirse.

La referencia inaugural para un abordaje psicoanalítico con pacientes afectados por una enfermedad amenazante para la vida, se encuentra en los libros *La elaboración del tránsito* (1976) y *S.Y.E.M (Si yo estuviera muerto)* (1974) del psicoanalista Michel de M'Uzan; para quien “*La vocación primera del psicoanálisis es el permitirnos vivir más que ayudarnos a morir.*” El lugar del psicoanalista será el de quien propicie en el enfermo lo que llama *elaboración del tránsito, una labor psíquica que asemeja a la del duelo* (1978; p. 216)]. Enfatiza la importancia de la presencia: “es preciso que esté realmente disponible, que sea una persona segura a los ojos del paciente y capaz de llenar sus necesidades elementales, lo que significa que acepta que una parte de sí misma se vea incluida en la órbita funeraria del moribundo “[...] debería

poder asegurar una presencia que cualitativamente no desfalleciera y asumir un cierto esfumado de su ser, vivir casi en estado de ausencia.” (p.222).

Alizade, A. en Clínica con la muerte (1996) también acentuará el valor del lenguaje como una vía de tratamiento posible ante la inminencia del fin en pos de “amigarse con la muerte”: “Si bien la muerte sumerge al hombre en la universalidad de un suceso inevitable, su inserción como sujeto hablante le otorga un amplio margen desde donde hacer con su muerte un poema o un acto cobarde” (p. 25).

Marcelo Negro (2008), psicoanalista que retoma tanto aportes freudianos como lacanianos se interroga sobre las diferentes posiciones que un analista puede adoptar en función del relato y del momento del paciente; destacando el lugar y la función de la palabra como una vía de dignificación del sujeto aun en las cercanías del fin. Se pregunta cómo es la subjetivación del sujeto cuando “ya no hay tiempo” y esto es, al mismo tiempo, sabido y renegado, qué sucede a nivel del deseo cuando el fin está anunciado de modo tan real, qué relato puede propiciar el analista con su presencia en estos casos, ¿cómo se acompaña frente al horror narcisista ante la muerte?, ¿qué es lo que alivia? En definitiva ¿el psicoanálisis, puede ayudar a morir o no? Preguntas que se aproximan a lo que intentaremos definir como una ética singular, la del psicoanálisis.

Apartándonos un poco de las referencias psicoanalíticas, pero incluyendo una filosófica que va justo al grano en este punto, Heidegger (2018) postulaba en Ser y el tiempo que la muerte es intransferible e indivisible: mi muerte es insondablemente solitaria. Hay una autoreferencia absoluta, incompatible con cualquier otro; y siguiendo estos desarrollos Byung-Chul Han (2022) considera que no hay nada que decirle al moribundo “... morir sería algo aporético. Lo único que sería posible hacer para cumplir con el coestar auténtico sería el apremiante guardar silencio (...) Hablar pese a todo, justo en ese momento en que en realidad no hay nada que decir: este pese a todo sería quizá lo humano, que no sería ni el coestar autentico ni el inauténtico” (p. 47)

¿Se trata/ se puede ayudar a morir? ¿es eso? ¿es para eso?, agregaría. Vayamos de lleno a lo que el Psicoanálisis lacaniano, desde su ética, puede ofrecernos a modo de respuestas.

Ética del Psicoanálisis y las otras

Si bien Freud postuló el principio de abstinencia y los tres imposibles (gobernar, educar, psicoanalizar) al delinear una orientación posible en la tarea analítica, nunca habló de una ética de la disciplina. Lacan sí se ocupó de hacerlo como parte de su retorno a Freud, pero yendo un poco más allá de él, ya que definir una ética del psicoanálisis implicaba al mismo tiempo otorgarle un alcance radicalmente diferente del que promovían los posfreudianos, a las que llamó “éticas individualistas” que aspiraban a la “armonía pulsional” y la “conformidad con el grupo” (Lacan, Variantes de la cura tipo- 1953-, la Cosa freudiana-1955). En La Dirección de la cura (1958) la ética quedaba bajo la égida de la política, asociada al deseo en tanto falta y animada por un más allá de la cuestión signifiante. Además allí nos advertía sobre lo riesgoso que podía llegar a ser el confundir la dirección de la cura con la dirección del paciente, ejerciendo un poder en nombre de vaya a saber qué buenas intenciones de hacer el bien. Vale recordar el aforismo popular que versa *“El camino al infierno está empedrado de buenas intenciones”*.

Desde el inicio del Seminario 7 (1959-1960) Lacan aclara que la ética es un tema enlazado al “trabajo cotidiano” de los analistas y que reflexionar al respecto tiene que ver con “la manera en que debemos responder” a “la demanda del enfermo”. Agrega que “la cuestión ética (...) se articula a partir de una orientación de la ubicación del hombre en relación con lo real” (p. 21). Tomará diversos desarrollos en torno a la ética para circunscribir una propia del psicoanálisis, que poco tiene que ver con el bien, el mal, la moral, lo bello. Una ética más allá del principio del placer y del signifiante. Yunis (2022) lo dice así: “Esta ética sitúa en su centro un agujero, un imposible: no hay ni El Bien, ni Lo Bueno ni La Felicidad. Y que a la postre Lacan resumirá en un No hay relación sexual”.

Así, Lacan diferenciará la ética del psicoanálisis, de las otras.

Tendremos, por un lado, las éticas antiguas o del amo que hacen equivaler el bien con el placer y se centran en la domesticación del goce; cierta moderación o límite al exceso que supone una medida particular imposible de universalizar en un “para todos”. Es el caso de la ética aristotélica. También la kantiana,

que, a diferencia de aquella, al considerar demasiado relativo este criterio, propone una máxima distinta: “Actúa de manera tal que valga para todos, universal, y si eso implica sacrificar todos tus intereses y bienestar, adelante!” (Miller, 1989; p. 116). Paradójicamente, este imperativo categórico camufla un empuje que puede conducir a un más allá del bienestar. Queda en sintonía con la máxima sadeana por la que se sabe que alguien puede querer algo más que su bienestar; y entonces allí se trasluce un goce que se esconde en su ética formal.

Por otro lado, estarán aquellas éticas más modernas, atravesadas por el discurso de la ciencia. La de Bentham se inscribe aquí, para quien el Bien se define por lo útil y el para todos: “El máximo de felicidad para el mayor número de personas”. Aunque comparte con las éticas antiguas la búsqueda de un placer moderado, el Bien de la ética utilitarista no tiene referencia a lo individual y se rige por la lógica del no despilfarro y la justa distribución (Lacan, 1972-1973; p.11). Una ética del Bien, en este sentido de la utilidad, sienta las bases para lo que podríamos llamar la ética contemporánea comandada por el discurso capitalista que proclama sin cesar una “happycracia” donde “nothing is imposible”. En ella bastará con una evaluación impecable para aplicar la solución que restablezca el bienestar en el conjunto de individuos que padecen los mismos síntomas.

La revisión ética que propone Lacan lleva “la perspectiva del Juicio final”(1959-1960; p 272), el famoso “¿Has actuado conforme al deseo que te habita?”, que si bien se ocupa de despegar del asunto de la felicidad tal como se comprendería desde el sentido común, es hacia allí que la interpretación imperante de la época empuja. Muy por el contrario, Lacan le opondrá al principio de utilidad, el goce como lo que no sirve para nada; y tanto el goce como el deseo estarán en el corazón de la ética lacaniana. Es ese más allá del principio del placer que descubrió Freud hacia 1920, y que teorizó como pulsión de muerte, lo que se inmiscuye todo el tiempo en el principio de realidad, haciendo del equilibrio un ideal. Desde el Proyecto de psicología para neurólogos (Freud, 1895) el principio de placer quedaba equiparado al principio de inercia, una tendencia a la descarga ante una cantidad en exceso que está destinada a fluir. Con el más allá pareciera que no todo es constancia ni pura descarga, algo se escapa.

Lejos de la idea de equilibrio, armonía, del círculo que perfectamente cierra o las piezas que encastran permitiendo la comprensión de “LA verdad”, el psicoanálisis viene a postular que el rompecabezas no se completa, que hay piezas que faltan, algunas que encajan, otras que no, y que existe una que nunca existió. Que es por ese agujero que las palabras se caen, pero gracias a él que las palabras existen; y que “el bien” sólo puede definirse uno por uno, a condición de tocar lo que incomoda al sujeto, aquello que justamente lo descoloca del principio del placer, reencontrándolo con lo más éxtimo de sí. El bien que interesa al psicoanálisis no es un bien material. Es el bien de La Cosa y del significante. Un bien que cuesta, no necesariamente dinero: “No hay otro bien más que el que puede servir para pagar el precio del acceso al deseo”. Un Bien que más que LA verdad, representa verdades, la ficción que cada sujeto se inventa.

Hacia una ética del bien-decir

La ética delinea una orientación, un “hacia dónde vamos”. La del psicoanálisis, a diferencia de las otras, parte de un agujero y soportada por la falta conduce a lo imposible de decir. “...*la ubicación del hombre en relación con lo real*” (Lacan, 1959-1960, p. 21). Aunque lo Real tenga diversas definiciones a lo largo de la enseñanza de Lacan, podríamos situar que, en relación a una ética, se trata de una posición ante lo real como lo imposible, pero también como el goce. Otras dos referencias podrían ayudarnos a esclarecer esta cita:

1. Cuando Lacan presenta su teoría de los discursos, el analítico lo sitúa como aquel que opera cuando algo “chirría”: “Si no funciona, chirría, en el punto donde las cosas plantean problemas, es decir, en el nivel de asentamiento de algo que se escribe *a*”. Allí, entre discursos, cuando irrumpe la piedra en el camino, es cuando tiene lugar. Más adelante dirá: “No se trata de elidir lo imposible sino de ser su agente” (Lacan, 1967; p.193-196). En Radiofonía, contemporáneo del 17, explicita que solo puede esperarse progreso del “viraje desde la impotencia imaginaria a lo imposible que resulta ser lo real”.(1970, p. 472). Toda una orientación que se extiende al trabajo con otros, especialmente en una época donde el empuje a la interdisciplina muchas veces oculta el

rechazo a la diferencia y el ideal de hacer existir la relación. Este eje será desarrollado en otro de los capítulos a propósito de la transferencia de trabajo.

2. En Televisión (1973) Lacan enuncia por primera vez esta ética en términos del bien decir, en medio de un listado de afectos, y para resaltar los efectos de la estructura del lenguaje sobre el cuerpo. Un bien decir que no se agota en las palabras, que no pasa por el decir lo correcto, si no por un decir distinto, inédito. Incluso desde el silencio. Decir que condensa lo singular.

“No hay ética del bien más que el deber del bien decir, o de orientarse en el inconciente, en la estructura” (op.cit, p. 552), dirá allí. En aquel escrito retoma una pregunta formulada en el Seminario 7 para introducir el *gay savoir* y el bien decir. Es la siguiente: “¿El final de análisis promete felicidad?”. La ética a la que alude en el ´73 no es la misma que refiere en su seminario. Como vimos, en este último se trataba de una ética opuesta a los ideales de autonomía, de adaptación, para realzar la ley del deseo y del juicio ético. La ética del bien decir no necesariamente se opone a ello, pero hace foco en el deber del decir; éste es el hueso en el discurso analítico.

La fórmula freudiana *Wo Es war, soll ich werden*. “Allí donde el ello era, el yo debe advenir” (Freud, 1923) alude a ese deber de decir. Frente al Ello impersonal del goce pulsional, la orientación analítica exige un esfuerzo de subjetivación; una toma de posición, de enunciación. Con Lacan, el *Ich* de Freud podemos reemplazarlo por *sujeto*. Ante el malentendido estructural de las palabras, el psicoanálisis no deja de advertirnos que el dicho difiere de lo que se escucha, y es en el decir donde yace la clave de la posición subjetiva. Por eso es una ética que apunta al sujeto, que lo supone como premisa porque lo conmina a que pueda responder por sus actos y sus dichos, que lo invita a hablar para que desbroce el sentido que le supone a lo que le sucede, y para que tropiece también con lo que no puede decirse.

Gabriel Racki (Brodsky, 2019) retomando la referencia de Televisión, plantea que la ética del bien decir está en relación a los afectos. Se trata de un bien decir afectado, “que absorbe los efectos del significante sobre el cuerpo” (p. 172). Reconocerse en la estructura dirá, implica una afirmación, algo del orden de un decir apofántico. Es un decir que localiza al sujeto, un decir afectado que

concierno al cuerpo y que exige el reconocimiento de la estructura del inconciente... al menos, no rechazarlo. Amar la transferencia como condición de posibilidad para amar el inconciente.

Propone tomar el bien decir como un afecto brújula, que orienta una posición del ser hablante frente a lo real, “una posición afectada y ligada al amor como afecto índice” (Brodsky, op.cit, p. 173). ¿De dónde sale el asunto del amor? Parece que Lacan define en el Seminario 20 al amor, del mismo modo que lo hace con el bien decir en Televisión “... el reconocimiento por signos siempre puntuados enigmáticamente de la forma como el ser es afectado en tanto sujeto del saber inconciente” (Lacan, 1972-1973,174). No tiene que ver con la buena manera de decir. Tampoco con decir lo comprensible... no pasa por el contenido o los significados. Si lo llevamos al tema que nos concierne, el bien decir en Cuidados Paliativos no se apega al hablar de la enfermedad o de la muerte, a vestir románticamente el fin, ni a la pura catarsis. El bien decir como una ética en la praxis apuntará más bien a orientar la escucha y la intervención hacia la producción de aquellos significantes que, en tanto S1 localicen algo de lo propio del sujeto allí donde la existencia está a la espera de claudicar. Un bien decir en estas coordenadas puede no sólo paliar sufrimiento, sino sobre todo, vivificar el cuerpo y dignificar al sujeto.

Racki agregará a este “decálogo” del bien decir, otros cuatro postulados:

1. Decir lo singular: a lo que se llega no por deducción lógica, si no a partir de lo que emerge ante lo que irrumpe, en el equívoco;
2. Decir como acontecimiento contingente, no es la posición de enunciación si no el decir como “aquello en torno a lo cual gravitan todos los enunciados y la vida del sujeto”;
3. Decir sin desconocer al Otro radical, es decir, sin desconocer que no todo puede ser dicho ni comprendido, ni explicado; y
4. Decir con pudor, a propósito de un decir relacionado con decir lo indecible, lo que concierne al agujero, a lo que no existe.

En continuidad con estos desarrollos, Castellanos (2013) precisa que en la ética del bien decir el analista orienta la cura en el recorrido que va de un “imposible de decir” a un decir que satisfaga. Es un “bien decir” frente a lo real,

que implica el trabajo de localizar lo que se satisface, de forma que un cierto desplazamiento del displacer al placer que causa el síntoma pueda producirse. La dimensión ética aquí supone no sólo que pueda instalarse algún sentido singular al síntoma, lo cual compromete la vía de desciframiento del inconciente; si no también, que pueda localizarse el goce del síntoma, su funcionamiento, aquello que se satisface de modo paradójico en el mismo malestar.

Es esta ética la que, creo, introduce la diferencia y se vuelve condición de posibilidad para que el psicoanálisis exista más allá y más acá de una demanda de análisis. En las primeras, las últimas o la única entrevista que se produzca. En el consultorio, el hospital, los juzgados, las escuelas, la empresa. El bien-decir frente a lo real no espera al final, no se rige por etapas: Miller lo ubica en las primeras entrevistas a partir de la sustracción del referente que produce el uso particular del lenguaje en psicoanálisis, cuando al perturbar la voluntad de decir yoica y el mal decir de la queja, a partir de los “temas” que alguien cuenta, se producen significantes y se apuesta al síntoma (Miller, 1988, p. 261). En el campo de los CP, a veces la primer entrevista con el psicólogo puede ser la única porque se juega lo impredecible del avance de la enfermedad sobre el cuerpo, lo cual define la condición de posibilidad de sostener la entrevista misma. Digamos que, a los tiempos del inconciente, siempre pulsátil y evanescente, a los tiempos del yo, conservador y aguerrido, se le agrega el tiempo que traza el curso de la enfermedad, su impacto en el organismo y lo que de posibilidad de parletre queda.

En consonancia con lo que postulaban algunas corrientes filosóficas en torno al silencio y el morir, esta ética así como se ordena alrededor de un vacío, guarda silencio respecto de preceptos, no proclama lo que se debería hacer. Conmina a que emerja el sujeto, a partir del bien decir de parte del analista; porque éste no es un asunto exclusivo del paciente.

El bien decir del lado del practicante requiere la abstinencia de sus propios juicios e ideales y la maniobra vía la interpretación: “... no tiene nada que ver con la retórica y la elocuencia, no es el decir bello, ni los enunciados precisos que se corresponderían con una concepción técnica de la dirección de la cura” (Castellanos, op. cit). Por el contrario, es un decir que se sostiene en la producción de un deseo porque vehiculiza una falta, al pretender reducir

sentido; y porque encarna el deseo del analista, que, despojado de cualquier pretensión de adaptación, curación o equilibrio, apunta a producir lo más singular.

En Observaciones sobre el Informe de Daniel Lagache, Lacan advertía: “Se anuncia una ética, convertida al silencio, por la avenida no del espanto, sino del deseo: y la cuestión es saber cómo la vía de la charla palabarrera del psicoanálisis conduce hacia allá” (Lacan, 1958b, p. 663).

Conclusión

La ética del buen morir de la Psicología Paliativa y la del bien decir del Psicoanálisis Lacaniano pueden encontrarse, coexistir, pero también pueden divergir porque el real que está en la base de la intervención es diferente. No obstante se aproximan en la medida en que es vía la palabra propia del sujeto que algo del sufrimiento puede paliarse... aunque no sea cualquier palabra ni sólo por la palabra. Orientarse por un bien decir en este campo no equivale necesariamente a trabajar la aceptación de la enfermedad.

CAPITULO III

VIDA Y MUERTE

“La muerte es quien se arriesga en nosotros, esto es sabido. Tenerla imaginariamente en la línea de mira no nos garantiza el estar más vivos ni amar más. Si el riesgo es aquel evento del “no morir”, está más allá de la elección, es un compromiso físico del lado de lo desconocido, de la noche, del no saber, una apuesta frente a lo que precisamente, no se puede zanjar. Entonces abre la posibilidad de que sobrevenga lo inesperado”
(Elogio del riesgo, Anne Dufourmantelle, 2019)

Introducción

Aunque no se reduzcan a ello, no podemos negar que hablar de los Cuidados Paliativos pone sobre la mesa el asunto de la muerte como sustantivo y del morir como acción. Tal como se expuso en el primer capítulo, los orígenes históricos de este modelo de atención estuvieron marcados por los cuidados en el final de la vida, y los desarrollos posteriores concernientes a la Psicología Paliativa priorizaron lo que podríamos llamar una “clínica de la experiencia subjetiva ante la muerte”. Si bien actualmente el énfasis está puesto en las enfermedades crónicas avanzadas y no necesariamente en la enfermedad terminal, la muerte irrumpe en la escena como una posibilidad más o menos lejana y más o menos cercana al momento de la comunicación diagnóstica de una enfermedad que trastocará la calidad de vida de quien la padece. Lo escribo así y al mismo tiempo me pregunto si todo aquel que encarna una enfermedad de este tipo la “padece”. O qué queremos decir con ello. Pregunta que vale más por lo que produce el hacerla que por las respuestas que podamos dar. Ésta es la propuesta y la potencia que nos ofrece el marco teórico del psicoanálisis lacaniano con su ética: cuestionar los sentidos establecidos, las significaciones comunes, las conclusiones generalizadas... el

famoso “no comprender” al que nos invitaba Lacan ante las demandas del enfermo. Así como nos incentivaba a no retroceder ante la psicosis, la clínica de los cuidados paliativos confronta al practicante con un “no retroceder ante la muerte”; no en el sentido de la valentía o el heroísmo terapéutico sino como el incentivo a estudiar y dilucidar las problemáticas específicas que estas presentaciones le proponen al psicoanálisis.

Pues bien... ¿de qué muerte se trata en el discurso analítico? ¿Existe La muerte? Poder decir algo sobre ella, ¿conlleva un rodeo por su antónimo: la vida? ¿es la vida el antónimo de la muerte? ¿Qué es la vida para el psicoanálisis?

Hablar de la muerte desde una perspectiva analítica involucra el modo en el que se concibe el cuerpo también. Si para el Psicoanálisis el cuerpo no es el organismo, la muerte tampoco es la desaparición física del organismo, ni la vida queda atada a la existencia concreta de un cuerpo que más o menos marcha. No obstante, habrá algunas particularidades a tener en cuenta en lo que atañe a la experiencia subjetiva ante la muerte como fin de la vida orgánica.

Concebir a la muerte y a la vida desde un lugar diferente al que lo postula el discurso del amo, no significa que el Psicoanálisis tenga la verdad, ni mucho menos, que podamos negar la incidencia de las características del contexto y lo sociocultural en la atribución de significaciones a lo que acontece. Pienso que es necesario tener en cuenta esta dimensión, aunque no se trate sólo de eso.¹

La vida y la muerte para los Cuidados Paliativos

Disciplinas como la Filosofía y la Antropología se han ocupado de abordar el tema de la muerte sin tapujos. El sociólogo Philippe Ariés realizó un estudio exhaustivo acerca de las distintas actitudes ante el morir en la cultura occidental (2000); llegando a distinguir cuatro modalidades de respuesta en base al momento sociohistórico: la muerte domesticada, la muerte del Otro, la muerte romántica y la muerte prohibida. Esta última actitud, la de la muerte como prohibida, continúa en parte vigente, quizás de un modo más solapado tras los imperativos de la época que pujan por eludir o más bien, taponar lo que angustia. Por el contrario, la “naturalización” de la muerte es uno de los

principios de los CP, y en este punto se acerca a lo que Ariés definía como la muerte domesticada, propia de la Edad Media en la que las personas morían en su lecho rodeados de la familia. Sin embargo, en aquel entonces se asumía un afecto ascético y la muerte no estaba individualizada en el que partía ni había mucho lugar para la “despedida”. La gente moría porque así lo dictaba la naturaleza. Sin más rodeos. No es objeto de este trabajo profundizar en los aspectos sociológicos de la muerte, pero sí considero pertinente señalar la incidencia que tienen las significaciones sociales relativas a la muerte y la vida, para quienes son tocados por una enfermedad amenazante; y por otro lado, (y no ajenas a aquello), el modo en el que el discurso de la ciencia penetra y modela la relación de las personas con la muerte. Desde mediados del siglo XIX y de la mano de tecnificación y desarrollos científicos en el campo de la medicina, asistimos a lo que algunos dan por llamar el proceso de la “medicalización de la muerte”. La muerte se ha secularizado, comercializado y trasladado al hospital, convirtiéndose en un asunto exclusivo de profesionales de la asistencia y de expertos en gestión.

La filosofía paliativa (Twycross, 2000) viene a trastocar esta creencia al plantear la posibilidad de la prescindencia de la internación hospitalaria para todos los casos, y una internación domiciliaria para el alivio de síntomas, e incluso para el final de la vida. La internación domiciliaria y el fallecimiento en domicilio, siempre que sea la voluntad del paciente y esté acompañada por la consideración familiar es una modalidad paradigmática de los equipos especializados en CP; quienes también se ocupan de enseñar a los familiares que lo deseen los cuidados básicos para la asistencia. Así, estos cuidados no son excluyentes de la profesión médica o la enfermería, aunque no los sustituyan.

Entonces, cuando hablamos de vida y de muerte en el campo de los Cuidados Paliativos la significación imperante es la del discurso médico, donde la referencia queda ligada al estado de las funciones vitales de un organismo, pero sin agotarse en ella. Desde este campo, sin embargo, se destaca la complejidad de la muerte como un proceso, el del morir, que involucra el entramado de factores biológicos, socioculturales, psicológicos y espirituales; descentralizándola de la hegemonía médica. Esta posición epistemológica ante

la muerte permite cierto desplazamiento hacia la categoría “fin de vida” como una de las temáticas a trabajar desde las distintas disciplinas tanto con el paciente como con su entorno. “Una” de las temáticas no supone ni todas ni la única. Pero en lo que fin/final de vida o muerte/ morir atañe, no se tratará tanto de un trabajo en torno a qué significa ello; sino más bien, una construcción sobre la cualidad, el modo.... La calidad de vida y el alivio del sufrimiento como horizonte de las intervenciones paliativistas conllevan en este aspecto puntual la pregunta ¿De qué modo quisieras vivir lo que queda de vida? ¿de qué modo quisieras transitar el fin de la vida? ¿cómo elegirías que sea el final?. El cuándo, es una pregunta que nos conduce al polémico tema de la eutanasia, que difiere de los CP, y en nuestro país no está legalizada¹.

Se busca producir junto con el paciente respuestas que representen su voluntad y el respeto por las decisiones sobre las que tiene autonomía de elección, bajo la convicción de que así sería posible paliar el sufrimiento. Así lo establece el discurso de la bioética, del que se nutre el marco conceptual de los CP, y lo replican las leyes sobre la temática. Ponderar la palabra del paciente, trabajar con la familia cuando aparecen diferencias en lo que ésta pretende y lo que el paciente prefiere, hacer oír su voz y autorizarla ante la palabra médica, identificar y validar cuáles son sus necesidades y preferencias para elaborar un plan de acción en la intervención, supone una toma de posición ética de parte del equipo que procura visibilizar la subjetividad de ese paciente y respetar su singularidad.

¿De qué modo el psicoanálisis lacaniano podría contribuir con su propia versión de la vida y la muerte, a esta finalidad?

Vida y muerte en el Psicoanálisis lacaniano

La orientación por lo singular y la irreductibilidad de la vida y de la muerte al cuerpo como organismo son dos puntos de encuentro entre la ética del buen morir de los CP y la ética del bien decir que sostiene a la práctica analítica. Esta última incluye un elemento que la primera puede llegar a excluir, no por equivocación, sino por estructura: el goce. A su vez, lo singular en una y en otra ética comprende elementos disímiles. Mientras que en los CP lo singular alude a la expresión individual de las necesidades, recursos, estrategias de

afrontamiento y elecciones preferentes sobre la enfermedad y el final de la vida; en el Psicoanálisis lacaniano lo singular concierne al arreglo sintomático y al programa de goce que cada quien se armó con el lugar al que advino. Lo singular involucra entonces al fantasma y al objeto, un circuito pulsional y también aquellos significantes por los que el sujeto se hace representar ante el Otro.

Veremos que para el psicoanálisis la vida y la muerte no pueden pensarse sin este tercer vector, el goce, que encarna uno de los nombres de la orientación por lo real; y que también es la vía por la cual podremos arribar a alguna respuesta en aquellas ocasiones en las que el paciente no adhiere a las indicaciones médicas o sus elecciones van en la vía opuesta a lo que sería su propio bien, la adaptación a la enfermedad, o incluso, su “buen morir”.

Muerte y sexualidad nombran dos imposibles sobre los que se asienta el psicoanálisis: no hay relación sexual- no hay significante de la muerte en el inconciente. ¿Qué significa ello? Para que no sean verdades de Perogrullo es necesario dar algunas razones que demuestren que, en contraposición a lo que desde otras disciplinas se suele interpretar, estas afirmaciones no implican que no hay nada que se pueda hacer, si no que es con lo imposible con lo que el psicoanálisis propone trabajar, no para volverlo posible sino para escribirlo de algún modo. Si con Lacan decimos que no hay relación sexual es porque hablamos; porque existe el lenguaje, el significante, gracias al cual tenemos un cuerpo. Y hablamos porque algo murió, se mortificó, gracias a lo cual también vivimos y por lo cual también, sufrimos. Suena a trabalenguas, y un poco lo es. Vayamos desenmarañando las piezas...

Como primer señalamiento podríamos decir que la vida y la muerte son para el psicoanálisis un asunto de lenguaje y de goce.

De las múltiples referencias a la vida y a la muerte que podemos encontrar en la obra de Freud y de Lacan, es posible arribar al menos a dos postulados:

1- Vida y muerte no se definen como antónimos aunque pertenecen a registros diferentes.

2-Pueden identificarse dos líneas de trabajo con la muerte en la práctica analítica: finitud y goce.

1. Vida y muerte no antinómicas

“(...) todo lo que comenzó a balbucearse en biología da la impresión de que la vida no tiene nada de natural, de que es una cosa loca; prueba de ello es que se le enchufó la lingüística ... !Qué enormidad! Reservará sorpresas, esta vida, cuando se haya dejado de hablar como estorninos, o sea de imaginarse que la vida se opone a la muerte” (Lacan, clase 15, Sem 21)

Mientras que de la muerte tanto Freud como Lacan hacen diversas elaboraciones teóricas, la vida permanece como un concepto enigmático cuando se intenta definirla por un discurso diferente al de la biología. La lectura freudiana enfatiza cierta biologización de la vida al ligarla a la existencia del organismo. En una entrevista que le hicieran a sus 70 años (1926) Freud dirá que “La vida tiene que completar su ciclo de existencia. En todo ser normal, la pulsión de vida es fuerte, lo bastante para contrabalancear la pulsión de muerte, pero en el final, ésta resulta más fuerte”. El dualismo pulsional es uno de los modos en los que Freud aborda el asunto de la vida y de la muerte. En el afán por encontrar un sustrato biológico y justificar la separación entre pulsiones sexuales y yoicas, en *Introducción al narcisismo* (1914) plantea la idea de que el individuo lleva una existencia doble: como fin para sí mismo y como eslabón dentro de una cadena independientemente de su voluntad. En este último caso queda “... como mero apéndice de su plasma germinal, a cuya disposición pone sus fuerzas a cambio de un premio de placer; es el portador mortal de una sustancia -quizás- inmortal, como un mayorazgo no es sino el derechohabiente temporario de una institución que lo sobrevive” (p. 76)). *Apéndice de su plasma germinal... portador mortal de una sustancia...* la alusión orgánica es clara para hablar de la vida, pero también el hecho de que ésta no se agota en el cuerpo y de que hay algo que lo excede. La vida tampoco queda homologada a las pulsiones de vida ya que en ella están también las pulsiones de muerte.

Las pulsiones de vida y de muerte, no se presentan como disyuntas ni consecutivas. Es decir, no se trata de que exista una u otra, o de que las pulsiones de muerte marquen el fin de las pulsiones de vida. En el marco teórico del psicoanálisis son independientes, contrapuestas en algunos puntos, y se mezclan. Coexisten y comandan el funcionamiento del aparato psíquico. Desde El Proyecto de una psicología para neurólogos (1895) Freud articula su teoría pulsional a la perspectiva económica del funcionamiento del aparato. Las pulsiones de vida son las que ligan, tienden a la unidad, a la armonía. Inicialmente incluirá dentro de éstas a las pulsiones sexuales y de autoconservación; asociándolas al principio del placer y de realidad, en la medida en que tienden a lograr una satisfacción y a mantener la homeostasis bajo el supuesto de que es la ruptura del equilibrio lo que produce sufrimiento (Freud, 1915a). Las pulsiones de muerte, en cambio, tienden a la destrucción y son las que se emparentan al principio de Nirvana, aquel por el cual todo ser viviente se orienta a retornar a un estado anterior de reposo absoluto, de tensión cero...inorgánico: “Biológicamente, todo ser vivo, no importa cuán intensamente la vida arda dentro de él, ansía el Nirvana, la cesación de la fiebre llamada vivir”. El deseo puede ser encubierto por digresiones, no obstante, el objetivo último de la vida es la propia extinción” (Entrevista a Freud, 1926).

Cuando Freud descubre un más allá del principio del placer (1920) este ordenamiento se altera y se abre la posibilidad de que exista cierto placer en la pulsión de muerte en la medida en que algo se satisface en eso que se repite y resulta displacentero. Así lo mortífero quedará vinculado a la repetición y a esa satisfacción paradójica que vehiculiza el síntoma. Esta concepción subvierte la relación del sujeto con su bienestar y por ende, trastoca el modo de concebir al sufrimiento.

En el cierre de unas jornadas de carteles a propósito del cuerpo y de la vida, Lacan retomará esa expresión freudiana para situar a la vida como parásita y como un estorbo:

“(...) es muy curioso que a pesar de todo Freud haya promovido el Eros, pero que no se haya atrevido a identificarlo con la idea de la vida, y que a pesar de todo haya distinguido la vida del cuerpo y la vida en tanto que portada por el

cuerpo en el germen. A pesar del uso que hace Freud de ella, hay algo con lo que la vida no tiene nada que hacer, es lo que pasa como su antinomia, la muerte. Pensemos lo que pensemos la muerte es puramente imaginaria. Si no existiera el 'cuerpo', si no existiera el cadáver, ¿qué es lo que nos permitiría vincular la vida y la muerte?" (Lacan,1975a).

Como si la muerte nada tuviese que ver con la vida, a no ser por el cuerpo-carne. Primer despegue. Más adelante agregará:

“Sería exagerado decir que es parásita de la muerte, sería hacer un vínculo demasiado estrecho en relación con lo que acabo de decir, que no hay la menor relación como no sea este asunto de cuerpo que se arroja al agujero. Justamente es eso lo que tal vez nos dice qué es la vida, que es el parásito de algo que verdaderamente no se concibe más que como agujero, es incluso en torno de eso que lo real hace lo cíclico, (...) que el germen sea un parásito es lo que me parece surgir del “más allá del principio del placer” (Lacan, op.cit).

La vida gira en torno a un agujero, a un no saber ahí muy bien de qué se trata. Es conocida la cita del seminario 20, algunos años previos a esa conferencia donde Lacan al formular la existencia de una sustancia gozante, afirmaba que No sabemos qué es ser vivo, salvo solamente que un cuerpo se goza”(1972-1973, p. 32). Si bien no es una definición de la vida sí intenta capturar algo de lo vivo en el hablanteser. ¿Es la vida algo distinto a lo vivo? La biología lacaniana incluye a la pulsión de muerte, al goce, en un más allá de la vida que sólo es posible porque hay lenguaje. Miller (2002, p. 25) precisará que la vida es condición del goce, condición necesaria pero no suficiente, pues se precisa otra condición: condición de cuerpo y condición de significante. Para que haya goce es necesario que haya vida, y si hay goce, hay cuerpo. El goce afecta el cuerpo del ser viviente, y su particularidad justamente es la de estar inmerso en el lenguaje. Pero la vida desborda el cuerpo. Al decir de Vicens “Si bien no sabemos qué es la vida, sí sabemos qué es un cuerpo vivo: aquel que muere. Pero esa es una cuestión de hecho, nunca saturada por ningún saber a priori” (2022, p. 15).

Entonces vida y muerte en el psicoanálisis de la orientación lacaniana no se reducen a pulsión de vida y pulsión de muerte freudiana. De hecho en Lacan está la idea de un monismo pulsional “toda pulsión es virtualmente pulsión de muerte” (Lacan, 1964 b, p. 848), porque la pulsión por estructura no tiende a ninguna fusión, no se satisface taponando el agujero con el objeto; si no que en su empuje incesante da un rodeo por aquel para volver a perderlo, una y otra vez. Con el mito de la laminilla en su Seminario 11 (1964^a, p. 204) intenta ilustrar esa parte de sí mismo que el ser hablante por ser sexuado, pierde... esa porción de vida que muere al nacer al universo simbólico. Eso que se pierde, para siempre, el sujeto buscará incansablemente compensarlo vía la repetición. Hay una exigencia de repetición dada por la pulsión, y en ese circuito siempre quedará un resto que cae entre la satisfacción obtenida y la exigida. Esto disarmónico, no equivalente, lleva la misma estructura topológica que Lacan plantea con las operaciones de alienación y separación por las que nace el sujeto en el campo del Otro. También aquí hay una pérdida en juego, algo que muere al nacer: la falta en ser.

2- Dos líneas de trabajo

a) Finitud

Unas líneas arriba Lacan nombraba a la muerte como imaginaria. ¿De qué muerte se trata? Quizá sea necesario precisar distintos estatutos de la muerte para dilucidar cuál de ellas está concernida en la ética del bien decir.

Cuando habla de la muerte como puramente imaginaria pareciera referirse a aquella que se opone a la vida, tal como la define el discurso del amo. Sobre esta muerte alusiva al fin, Freud postulará la ausencia de representación en el inconciente:

“(...) estábamos dispuestos a sostener que la muerte es el desenlace necesario de la vida, que cada uno de nosotros debía a la naturaleza una muerte y que tenía que estar preparado para saldar esa deuda; en suma, que la muerte era algo natural, incontrastable e inevitable. Pero en realidad solíamos comportarnos como si las cosas fueran diversas. Hemos manifestado

la inequívoca tendencia a hacer a un lado la muerte, a eliminarla de la vida. (...) la muerte propia no se puede concebir (...) En el fondo, nadie cree en su propia muerte, o lo que viene a ser lo mismo, en el inconciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (1915 p. 291).

En consonancia con esta apreciación, en la Apertura de la sección clínica Lacan recordaba que es necesario hacer un esfuerzo para no creernos inmortales (1953, p. 16). Si no hay en el inconciente representación de la muerte propia, ¿es posible construir un saber sobre ella? ¿Qué sucede cuando la muerte en cuestión no es la propia si no la del otro?

Desde los abordajes psicológicos imperantes en el campo de los cuidados paliativos el objetivo principal yace en acompañar y facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad y del morir, identificando las necesidades y preferencias del paciente y su familia en pos de aliviar el sufrimiento. La detección y el trabajo con los mecanismos psicológicos defensivos es una de las principales tareas del psicólogo ante la respuesta emocional del paciente a la enfermedad. Éstos se definen como procesos automáticos e inconscientes que protegen al individuo frente a la ansiedad y las amenazas externas o internas (Medina, M, s/a). Un principio clínico es el diferenciar si son adaptativos o desadaptativos en función de su gravedad, inflexibilidad y el contexto en el que ocurran. La negación como mecanismo de defensa suele tener un lugar primordial en este proceso y constituye un punto de intervención clave no sólo en relación al control de síntomas si no particularmente en el trabajo en torno a la comunicación con la unidad de atención y con el equipo de salud. Desde la psicología paliativa, consiste en el rechazo de aquellos aspectos de la realidad que se perciben como desagradables o dolorosos, su eliminación cognitiva y la sustitución por otra creencia menos amenazante (Bayes R.; Barreto, P; Barbero J. y Arranz, P., 2005). Cuando es desadaptativa promueve ansiedad, angustia y otros síntomas que generan discomfort. Pero cuando es adaptativa, la orientación es no perturbarla puesto que se advierte que es la respuesta menos padeciente ante la situación estresante. Estos conceptos se articulan con otro, el de la verdad tolerable, por el que se nombra la cantidad y cualidad de información relativa al diagnóstico y pronóstico que el

sujeto puede tolerar en función de los recursos subjetivos con los que cuenta. Es un concepto dinámico, que puede variar en el curso del proceso y que si bien alude sobre todo a un asunto de conocimiento conciente, también tiene en cuenta la incidencia de esos mecanismos inconcientes. De todos modos, el inconciente con el que estas teorías trabajan se aproxima más al inconciente Freudiano de la primera tópica, distanciándose del inconciente lacaniano... tanto en su vertiente freudiana estructurado como un lenguaje, como el propiamente lacaniano, el inconciente real.

Aun en su estatuto imaginario la muerte para el psicoanálisis no tiene que ver con un conocimiento a asimilar. Tampoco con un saber reprimido que podría volverse conciente mediante un trabajo psicoterapéutico. Si seguimos a Freud, y es una hipótesis que corroboro en la clínica con pacientes próximos a morir, cuando la muerte en juego es la propia hay un imposible de decir sobre ello. Esto no significa que no puedan decirse otras cosas, ni que nada pueda decirse del hecho que van a morir. En el lenguaje paliativo, cuando se da esa “adaptación” y se va asimilando la progresión de la enfermedad (lo que no sucede siempre), los pacientes pueden hablar de la muerte. A veces directamente, otras de un modo más solapado a través de las distintas modalidades que asume la finitud de la existencia. Muchos confiesan que su miedo no es a la muerte si no al sufrimiento, otros temen por los que quedan, otros por no querer separarse de lo que dejan de este lado de la vida, algunos expresan la calma que les representa el saber que se irán habiendo disfrutado la vida, otros con la culpa por los asuntos pendientes.... En fin, los enunciados son variopintos y tal vez infinitos. Pero ¿quién habla en esto que pronuncian? ¿No se trata más bien del yo que del sujeto? Que puedan hablar sobre la muerte propia ¿es signo de que la han subjetivado? El psicólogo que acompaña al paciente en esta elaboración ¿está ayudándolo a prepararse para su muerte? ¿se puede paliar el sufrimiento que conllevaría dejar de existir si realmente desconocemos lo que eso quiere decir? Tal vez sea una pregunta muy filosófica, pero no por ello menos clínica para quienes trabajamos en este campo. Claro, está el universo de las creencias y la espiritualidad que constituyen un factor elemental en el trabajo paliativo, pero acaso esos

sentidos y los que atañen a la trascendencia ¿no siguen estando más del lado de la vida que de un saber acerca de la muerte?

En una Conferencia dada en Lovaina (1972a) Lacan postulará que la muerte entra dentro del dominio de la fe “Hacen bien en creer que van a morir. Eso les da la fuerza. Si no lo creyeran así, ¿podrían soportar la vida que llevan si no estuvieran apoyados en la certeza de que hay un fin? Si no estuvieran sólidamente apoyados en la certeza de que hay un fin, ¿acaso podrían soportar esta historia?”. Tenemos, por un lado, la idea de algo insoportable en la vida, y por el otro, de que es la creencia en la finitud, en un punto de basta, lo que la vuelve vivible. ¿Qué sería de la vida sin un fin? Lo infinito se vuelve infernal. Necesitamos creer que vamos a morir para soportar lo insoportable de la existencia. En su maravillosa obra *Las intermitencias de la muerte*, Saramago (2005) recrea una ciudad en la que las personas dejan de morir, y la vida e incluso La Muerte, se mortifican. Pero volvamos...

La muerte como finitud encierra un sentido simbólico-imaginario que nombra la castración, sea que ésta se ponga en juego en el fin de la vida orgánica o en cualquiera de sus otras caras.

Hay otra referencia del Seminario 7 que va en esta misma línea y que parte de la premisa de lo que se pierde por advenir como ser hablante. Por un lado tendremos las consecuencias clínicas que se desprenden de la articulación de la muerte y el deseo; por el otro, aquellas que devienen a partir de su teoría sobre la mortificación del significante.

Cuando Lacan, retomando a Sade, habla de la segunda muerte alude a la muerte simbólica. Si hay una segunda muerte, es porque desde el psicoanálisis podemos pensar una segunda vida también, aquella definida por el lenguaje, por el deseo. El significante eterniza al sujeto más allá de la muerte del cuerpo, y, como mencioné anteriormente, sólo mediante las palabras la muerte se vuelve pensable. Es por entrar a lo simbólico que el ser hablante está condenado a “conocer su propia relación con la muerte” (1959-60; p. 352), máxima expresión de la castración. Asumir la castración supone una renuncia, una pérdida de goce gracias a la cual es posible el deseo. Y en este punto deseo y muerte se encuentran. Su recitada pregunta, “... ¿ha usted actuado en conformidad con el deseo que lo habita?” (op.cit. 373), introducida a propósito

de la cuestión de la ética y del sentimiento de culpa, pone de manifiesto que la realización del deseo obliga al sujeto a entrar en una perspectiva del final. Existe una zona entre-dos-muertes que Lacan ejemplifica con la tragedia de Antígona, cuando encerrada en la cueva, habiendo sido condenada a muerte, aún no ha muerto. El ser hablante habita esta zona entre-dos-muertes pero vive rechazando esa realidad, y como señalaba Freud, comportándose como si fuera infinito. El encuentro con un real, como puede serlo el diagnóstico de una enfermedad terminal o la proximidad de la muerte viene a develar que esa ilusión narcisista es una ilusión. Es, después de todo, con lo que trata el trabajo analítico, por fuera de una coyuntura de enfermedad y muerte: la irrupción de un saber no sabido que encarna la causa de la repetición y produce el penar de más; pero también lo que escapa a cualquier saber porque no puede apresarse por el significante. Es la repetición como automaton o como tyché (Lacan, 1964, pp. 61-64), La cuestión es conducir aquello que se ficciona como impotencia al carril de la imposibilidad... eso que ya no puede seguir desconociéndose y resulta inevitable, para dar lugar a lo inesperado.

“La función del deseo debe permanecer en una relación fundamental con la muerte. Hago la pregunta -¿la terminación del análisis (...) no debe enfrentar en su término al que la padece con la realidad de la condición humana? Es propiamente esto lo que Freud, hablando de la angustia, designó como el fondo sobre el que se produce su señal, a saber, la Hilflosigkeit, el desamparo, en el que el hombre en esa relación consigo mismo que es su propia muerte –pero en el sentido en que les enseñé a desdoblarla este año- no puede esperar ayuda de nadie” (Lacan, 1959-60/2007, p. 362)

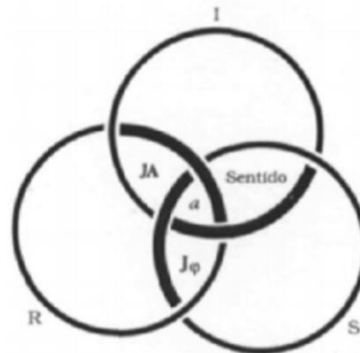
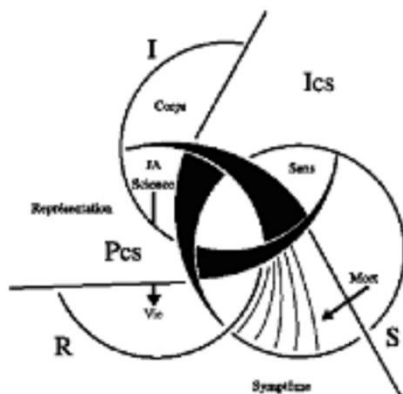
La perspectiva del juicio final resuena aquí en la discusión que Freud sostiene con el poeta acerca de la transitoriedad de lo bello. Si para el poeta lo transitorio, por transitorio perdía valor; para Freud el carácter pasajero lo aumentaba “El valor de la transitoriedad es el de la escasez en el tiempo. La restricción en la posibilidad del goce lo torna más apreciable” (Freud, 1916, p. 309). Y esta verdad, la realidad de la finitud, es la que muchas veces queda expuesta ante la inminencia de la muerte, y la que también puede quedar obturada por otro goce... no el de la vida, sino uno mortífero, el goce fálico,

produciendo así la proliferación de un sufrimiento que excede al del cuerpo enfermo.

b) Goce

Miller lo recordaba en El hueso de un análisis (1998a): “Lacan dijo alguna vez cosas más o menos así: que el hueso de una cura es la muerte, que hay que prepararse para la muerte (...) que el análisis permitiría la anticipación de la muerte abriendo la vía de otra manera de vivir la vida” (p. 18). ¿Qué sería esto de “otra manera de vivir la vida? ¿Es posible un trabajo así aun cuando el tiempo de vida está acortado por una enfermedad terminal? El tiempo y la evolución de la enfermedad constituyen un real del que depende la posibilidad de intervención de un analista, en la medida en que nuestro trabajo es con el sujeto. Si no hay condición de sujeto, aunque haya paciente que pueda o no comunicarse, nuestra posibilidad de intervención analítica se restringe. Al menos, la analítica directamente con el paciente. Esto no significa que no podamos hacer otras intervenciones terapéuticas que tengan efectos sobre él a partir del trabajo con otros. Pero si existe esa condición, la oportunidad de intervenir desde el discurso analítico orientados por la ética del bien decir, no se ve obstaculizada por la presencia de la enfermedad. Al contrario, ésta puede ser la coyuntura precipitante para que otra manera de vivir la vida se asome, aun cuando la muerte física se insinúa en la vida.

Para desbrozar estas premisas me valdré de la referencia lacaniana de La Tercera (Lacan, 1974) porque es allí donde, a partir de la localización y redistribución de la economía de los goces en los registros (figura N°7) con la topología nodal, podemos encontrar otra versión de la vida y de la muerte para el psicoanálisis. Versión diferente de la muerte como “puramente imaginaria” que desarrollamos hasta ahora; y que realza la orientación por lo real propia de la ética del bien decir.



Notemos que Lacan ubica a la muerte del lado puramente simbólico y a la vida del lado puramente real. El objeto *a* en el centro, es el núcleo de la estructura. Y del mismo lado que ubica a la muerte, coloca al goce fálico ($J\phi$) entre lo real-simbólico, y fuera de cuerpo (en lo imaginario) y al sentido entre lo imaginario-simbólico. La vida queda situada en lo real, por fuera de lo simbólico e imaginario, y próxima al goce del Otro (JA), que, siguiendo la postulación de Gerardo Arenas (2017) en su investigación sobre la economía de los goces puede equipararse a lo que en este texto Lacan nombra Goce de la vida.

El registro simbólico es aquel que en el psicoanálisis remite al campo del lenguaje, y tal como hemos visto, hay una función mortificante del lenguaje porque el significante corta una porción de goce para que exista el ser hablante. Es la muerte como pérdida de un goce que posibilita que se arme un cuerpo y se fije un circuito para la pulsión. Pero también es la visión de la muerte anticipada, en la medida en que el nacimiento del sujeto equivale a una desaparición significativa, a la falta en ser significativo del sujeto. De aquí se desprende esa imposible identidad entre el ser y el cuerpo, la dehiscencia del cuerpo gozante. Sin embargo en lo imaginario el cuerpo es Uno, se cree serlo” y dominarlo; desmintiendo su finitud. En esta creencia colabora tanto el goce del sentido como el goce fálico; ambos mortifican en un sentido diferente al que venimos planteando, y es el tipo de mortificación que nos permite pensar la muerte del lado de lo simbólico.

Es en el estatuto traumático que el lenguaje imprime en el cuerpo donde el psicoanálisis lacaniano postula la causa del sufrimiento. Y es por concebir de este modo la causa del sufrimiento, que el mismo puede ser abordado mediante palabras¹. La terapéutica es coherente con la etiopatogenia. El pensar de más que autoriza nuestra intervención está hecho de materia significativa y

de algo que lo excede, que es pulsional y resuena en el cuerpo. Es por la repetición de algo con lo que se tropieza una y otra vez, que tenemos noticias del sufrimiento. El síntoma hecho de estos dos elementos heterogéneos, significativo y goce, al tiempo que produce sufrimiento algo soluciona.

Si Lacan presenta de este modo la dinámica de los goces en La Tercera, es porque está interesado en este momento de su enseñanza en demostrar de qué manera la interpretación analítica puede incidir en esta distribución a los fines de permitirle al ser hablante, “sentirse mejor”. Es lo que en su Seminario 24 nombra como “el sesgo práctico del psicoanálisis” (1976, clase 14-12-76). Solano Suarez (2017) plantea que para el psicoanálisis “estar vivo” o “estar muerto” son categorías relativas al lenguaje que más bien aluden a la relación singular que cada quien mantiene con el habla, con el cuerpo y con lo real; dimensiones ligadas al síntoma. Si el síntoma es ese pececito que se alimenta de sentido el asunto es cómo no llenarle la boca; o bien, como hacer que reviente

“(…) si se alimenta el síntoma, lo real, con sentido, no se hace sino darle continuidad de subsistencia. En cambio, en la medida en que algo se estrecha en lo simbólico con lo que he llamado juego de palabras, equívoco, el cual implica la abolición del sentido, todo lo que concierne al goce, y especialmente el goce fálico, también puede estrecharse, pues esto no impide que se den cuenta del sitio en estos diferentes campos del síntoma.” (Lacan, 1974, p. 103)

Tanto el goce fálico como el goce del sentido están concernidos en el goce fantasmático y en el goce del síntoma. Son aquellos S1 por los que el sujeto se hace representar y sostienen un ideal, los enunciados que predicán sobre el ser, una de las vías de acceso a la muerte en lo simbólico. El significativo tramita un goce siempre fálico, y lo mortífero se localiza justamente en lo irrefrenable del sentido, en lo enloquecedor e insaciable de su producción. El ser es siempre equívoco porque depende del discurso, de lo que se dice, y el lenguaje hace proliferar la dimensión del ser... la locura de la trascendencia es un ejemplo. Por eso Lacan propone como orientación de la cura vía el corte interpretativo reducir el goce del sentido, y por la interpretación por el equívoco reducir el goce fálico presente en el síntoma, al equivocar el significativo amo.

La reducción en estos espacios redundaría en un incremento de un goce más vivo.

Ahora bien, esta dirección propuesta por Lacan ¿implica una abolición del sentido? No es su propuesta. Así como creí importante aclarar que la inexistencia de La muerte en el inconciente no significa que desde el psicoanálisis lacaniano no pueda trabajarse con ella; que la interpretación analítica vaya a contramano del sentido no significa que no se necesite de él o que todo de él sea peyorativo. Es cierto que la posición de la orientación lacaniana en este aspecto preciso, y si volvemos a situar la práctica específica de los cuidados paliativos, podría objetar ciertos usos de lo simbólico para tratar con la enfermedad y el final de la vida. Ejemplo de ello es el lugar y la función que tienen aquí los discursos de las religiones y aquellos que conglomeran el universo de la espiritualidad para el paciente-familia. Éstos ofrecen sentidos que podrían apaciguar la experiencia dolorosa del estar enfermo o del morir.... aunque también podrían pronunciarla. Una orientación de trabajo en el campo de la Psicología Paliativa es la de la construcción de algún sentido que permita bordear el agujero que es la muerte, mediante la recuperación de narrativas que vivifiquen al sujeto; o la reestructuración cognitiva de pensamientos, emociones y percepciones relativas al enfermar que atentan contra el buen morir.

Desde el discurso analítico, y a la luz de lo que dilucida Lacan en La Tercera a propósito de la muerte y de la vida, de lo que se trata es del uso que se hace del sentido y del tipo de sentido que se juega; a sabiendas de que no todo se puede apresar con lo simbólico, que hay un uso del lenguaje que parasita pero también que existe lo pulsional que parasita. ¿A qué goce sirve el sentido que el ser hablante escoge para hacerse representar, con el que se elabora su síntoma? ¿A qué goce alimenta la intervención psi? El problema no sería que alguien crea en la existencia de la vida después de la muerte, o que elabore una interpretación culpabilizante de la contracción de una enfermedad, por nombrar dos ejemplos generales. Estos sentidos serían problemáticos, mortificantes para el sujeto si vehiculizan un goce fálico, si lo subsumen en una búsqueda infernal de más sentidos por los que obtura el encuentro con una falta, con lo imposible, y al mismo tiempo con lo inesperado. Por eso es que no existen sentidos a priori mortíferos o vivificantes, sino algo que se define de

modo singular: uno por uno, y vez a vez. La ética del bien decir apunta hacia allí, a lo singularísimo y lo que nombra un límite. No por ello desconoce la importancia y la incidencia del sentido; más bien lo incluye para hacer otra cosa con él. No para relleno ni sustitución. Es un sentido soportado en un vacío, en el no-todo puede decirse.

El Amor como una salida viva

Si por estructura lo simbólico encarna esta modalidad de la muerte para todo ser hablante configurando una condición para el sufrimiento, la irrupción de una enfermedad amenazante para la vida puede imprimir otra modalidad del sufrimiento que se agrega a esa base y que involucra a lo que viene de lo real. En la medida en que la ética del bien decir apunta a la singularidad de un decir que afecta al cuerpo, cernir y orientarse por lo singular abre posibilidades incalculables que cuestionan cualquier destino dado por un pronóstico basado en el diagnóstico. Se trata de saber leer la relación con el goce a partir de las respuestas que el sujeto pone a jugar ante la vida y la muerte, y las que han marcado su posición frente a la pérdida.

Podemos entonces localizar distintas dimensiones de la muerte para el psicoanálisis lacaniano que conducirán a variaciones en la intervención, pero que convergen en una misma dirección cuando nos orientamos por la ética del bien decir. A la muerte imaginaria del fin de la vida orgánica, se le suma la muerte en lo simbólico dada por lo mortífero del goce fálico y la falta en ser. Resta nombrar la muerte como lo real que despierta. Cuando Millot (1981) le pregunta a Lacan si el deseo de muerte habría que situarlo del lado del deseo de dormir o del despertar, Lacan nos regala la siguiente respuesta: "La muerte es un sueño, entre otros sueños que perpetúan la vida, aquel de residir en lo mítico. Es del lado del despertar que se sitúa la muerte. La vida es algo completamente imposible que puede soñar con un despertar absoluto". La muerte en este sentido constituye el fin del sueño, y la emergencia de una enfermedad amenazante para la vida puede sumergir al sujeto en la proximidad de ese fin, pero al mismo tiempo sacudirlo al punto tal que decida abrir los ojos. La enfermedad es un real que irrumpe y si algo podemos hacer con eso es

porque existe el lenguaje, porque el inconciente está estructurado como un lenguaje, aunque también exista un inconciente real, pulsional. La ética del bien decir se sostiene en estas premisas. Un decir alentado por el discurso analítico no se trata de ninguna verdad aristotélica, ni representa un conocimiento conciente o un sentido oculto a descifrar. Es un decir afectado, libidinal, que toca al cuerpo, “un afecto brújula frente a lo real”, porque nombra una posición apofántica respecto al inconsciente (Racki, 2021). Por eso el bien decir, en el campo de los cuidados paliativos, no necesariamente será lo que se dice sobre la enfermedad o sobre la muerte; a no ser que eso que se dice concierna a un punto de goce fantasmático o sintomático del sujeto.

Orientarse por la ética del bien decir como una estrategia paliativa ante el sufrimiento convoca al practicante a ejercer su propio bien decir. Para que un bien decir se produzca es preciso de parte de quien escucha ejercitar el saber leer, al modo en el que Lacan lo define en el seminario 20 (1972.73, p. 49) cuando precisa que en el discurso analítico a lo que se enuncia como significante se le da una lectura diferente de lo que significa. Y en este artilugio el amor hace su juego. En El Atolondradicho Lacan mencionaba que con Freud ha salido a la luz un discurso diferente, por el cual la muerte es el amor (1972 b, p. 500). El amor se instituye como una salida posible ante lo mortífero de la pulsión. Pero no se trata del amor en su faceta imaginaria de fusión y romanticismo; sino más bien del amor en su costado real, aquel que vehiculiza la falta, el que hace al goce condescender al deseo. En *Aun* es el afecto de amor el que liga el ser enigmático al saber inconsciente. Es una apuesta (no azarosa, más bien guiada en el amor de transferencia que el practicante mantiene con el discurso analítico) por el amor al inconciente, una invitación a yerrar por las palabras, a equivocarse. Al decir de Racki (2021) “...hacer amar el inconsciente biendiciendolo” es insuflar una cierta ventilación a los goces” un poco de aire, o goce de la vida (...).”

Volviendo a La Tercera, Lacan situaba a la vida del lado de lo real porque de ella no sabemos nada, hay allí un tope, un imposible, y eso es lo real a esta altura. Sin embargo, del goce de la vida algo puede circular mediante la palabra

de amor. De este lado del círculo escribe también al goce del Otro que, como ya fue especificado, quedará subsumido en la concepción del goce de la vida:

“(...) este goce del Otro, para-sexuado, no existe, no podría, no sabría siquiera existir más que por intermedio de la palabra, la palabra de amor sobre todo que es precisamente, debo decirlo, la cosa más paradójica y más asombrosa (...) en este goce del Otro, es donde se produce lo que muestra que así como el goce fálico está fuera del cuerpo, así el goce del Otro está fuera del lenguaje, fuera de lo simbólico, pues es a partir de allí, o sea, a partir del momento en que se capta -cómo decirlo- lo más vivo o lo más muerto que hay en el lenguaje, es decir, la letra; es únicamente a partir de allí que tenemos acceso a lo real” (Lacan, 1974, p. 105).

Conclusión

En el discurso analítico Vida y Muerte se definen de un modo distinto al discurso del amo. No se trata de conceptos antónimos e implican la consideración del cuerpo como distinto al organismo.

En la práctica analítica podremos ubicar al menos dos líneas de trabajo con la muerte: finitud y goce. Ambas involucran un saber hacer con la castración y con el goce fálico que mortifica; no sin la apelación al amor que haga condescender el goce al deseo.

CAPÍTULO IV

INTERDISCIPLINA O TRANSFERENCIA DE TRABAJO

La práctica del Psicoanálisis entre discursos

Introducción

De la ética del buen morir a la ética del bien decir, había sido el título inicial de esta tesis. El “de” planteaba la idea del desplazamiento, de la dirección... como si fuese ir de una ética a la otra en el abordaje de los cuidados paliativos por la orientación del psicoanálisis lacaniano. No obstante advertí que más que un desplazamiento se trataba de formalizar una intersección posible; o al menos, proponer una conjunción entre ambos campos, sin por ello implicar un complemento. Entonces rectifiqué el título, sustituyendo el “De” por la “Y”: Ética del buen morir y ética del bien decir. La interfaz entre Cuidados Paliativos y Psicoanálisis. Este capítulo versará sobre esa Y, que lejos de significar una reunión o complemento, intenta denotar por un lado, la posibilidad del encuentro entre dos éticas disímiles; y por el otro, la práctica del psicoanálisis entre discursos.

¿Qué puede aportar el psicoanálisis al campo de los cuidados paliativos? Desarrollaré aquí algunas contribuciones que remiten al trabajo del practicante dentro del equipo paliativo o con otras profesiones. Recordemos que el abordaje interdisciplinario constituye uno de los principios rectores del campo de los CP, solidario de su concepción integral y holística de la unidad de atención. Considero que tanto la teoría de los discursos de Lacan, como el concepto de transferencia de trabajo, pueden ser dos operadores para la tarea; sobre todo si se introducen algunas precisiones respecto de los conceptos de saber y de sujeto en estas prácticas. Un rodeo por la categoría de consentimiento nos permitirá ejemplificar estas diferencias, ya que esa distancia que se abre entre el consentimiento informado con el que opera el discurso médico y el consentimiento subjetivo que pone de relevancia el

discurso analítico, es sintomática de la diferencia estructural entre los discursos.

Hablar la lengua del Otro

Toda la relación con una teoría es pasional, podemos someternos a ella, refugiarnos en ella, o hacerla trabajar, desafiarla. Creemos que hoy sólo se puede desarrollar la ciencia (con minúscula) con una actitud irreverente ante la Ciencia (con mayúscula). La irreverencia no es en rechazo o la negación, es simplemente el no reverenciar. (Stolkiner, 1999)

La interdisciplina alude al encuentro entre diversas disciplinas en el afán de redefinir un objeto de abordaje que contemple la complejidad e interacción de las distintas dimensiones que aporta cada disciplina. Siguiendo los desarrollos de Alicia Stolkiner, no es el mero agrupamiento disciplinar, si no que involucra una producción conjunta que conlleva también aquello que se resiste a ser nombrado, resuelto, disciplinado.

Ella advierte que en lo que atañe al debate actual sobre lo interdisciplinario suelen yuxtaponerse dos prácticas: las de la investigación y las de la asistencia. Los equipos interdisciplinarios de asistencia quedan conformados por distintas profesiones, siendo cada profesión identificada con una disciplina. Una pregunta interesante que ella se formula al respecto es cómo estos equipos incorporan aquellos saberes que no son disciplinares. Es decir, existiría cierto saber intrínseco a la práctica, a la experiencia, que no se deduce del discurso universitario. Por otro lado, y transversal a esta dupla, formaliza dos niveles: el epistemológico y el metodológico. Desde el nivel epistemológico, la interdisciplina nos conmina a cuestionar la causalidad lineal y la fragmentación de las problemáticas a tratar, a sabiendas de que los campos disciplinares no son meros reflejos de los objetos de la realidad sino una construcción sociohistóricamente determinada. De hecho existen desacuerdos intradisciplinares porque una disciplina no es una unidad completa y armoniosa. Desde el nivel metodológico, advierte que el ejercicio interdisciplinar requiere de una cuidadosa planificación y delimitación de los

niveles de análisis del problema en cuestión, de la construcción de un marco de representaciones común entre las disciplinas, y especialmente, de tiempo.

En oposición a una perspectiva romantizada, establece que “La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (1987, p. 314).

Me interesa recortar de esta lectura el carácter “indisciplinado” de los problemas a tratar y las “demandas complejas”, que, junto con la “actitud irreverente” a la que nos convoca la autora, nos acercan a la política lacaniana; en la medida en que en el lugar de la reverencia o la veneración, el psicoanálisis propone la subversión a los sentidos coagulados, a los ideales que obturan el acceso al deseo, a la obstinación fálica que taponan la falta, cada vez que revela un efecto sujeto o el goce que atraviesa al cuerpo. La dimensión de lo inter, es de entrada problemática para el discurso analítico; partiendo de la base de que niega la existencia de lo intersubjetivo puesto que no es de ningún “entre sujetos” que se trata el dispositivo. El aforismo No hay relación sexual, cobra su máximo esplendor en la práctica interdisciplinaria, si se espera de ella una resolución “armónica” entre los aportes de las disciplinas que interceden en el problema que se está intentando definir. ¿Acaso no es en esas discusiones acaloradas entre distintas disciplinas y profesiones, en las que no es posible una resolución absoluta del dilema, en las que restan los desacuerdos y siempre algo se escapa, donde lo interdisciplinario, evanescente, aparece?

Pienso que ésta podría ser una traducción posible de ejercer la interdisciplina desde una orientación psicoanalítica. Aunque no baste con ello. Veremos que, tomada la cuestión desde la óptica de los discursos, el analítico se propone como el reverso del discurso del amo. ¿Cómo hacer oír esta diferencia sin que ello implique la desacreditación del decir, y por ende, el quedar fuera de juego? O bien, ¿de qué modo hacer sonar la dimensión singular, lo que desentona y que eso no sólo tenga un lugar sino que sea soportado, en un campo en el que

la ética del buen morir podría silenciar a la del bien decir? El concepto de transferencia de trabajo quizá pueda ser un puente eficaz para esa maniobra. Después de todo, para que un decir tenga efecto es preciso de un otro que lo escuche. ¿Cómo hablar la lengua del Otro para decir lo que el otro no siempre quiere escuchar? Hacerlo, sin hablar la lengua del Otro, conduce a la transferencia negativa y al rechazo. Hablar la lengua del Otro no es identificarse a él ni fingir serlo, es la no menos ardua estrategia de hacer entrar lo intratable. Y para eso.... Hay que sudar.

Entre discursos

“nada indica cómo impondría el amo su voluntad. Lo que está fuera de duda es que hace falta un consentimiento” (Lacan, p. 1969-1970, p. 29)

En 1969 Lacan dicta su Seminario 17 *El Reverso del Psicoanálisis*. En él desarrolla la lógica de lo que se conoce como la teoría de los discursos. Ya de entrada nos advierte que el discurso es una estructura necesaria que excede a la palabra y que, de hecho puede subsistir sin ella en ciertas relaciones fundamentales. Sin palabras, pero no sin lenguaje. Así mismo, definirá el discurso como aquello que permite hacer lazo.

En el mismo año que dicta este seminario, Foucault publicará su libro *La arqueología del saber*. El saber es uno de los cuatro elementos que formarán parte de la estructura de los discursos, pudiendo rotar por cuatro lugares disímiles. Cuatro elementos: S1, S2, a y el $\$$;— Cuatro lugares: agente, Otro, producción y verdad; y Cuatro discursos: el del Amo, el Universitario, el Histérico y el Analítico. Cada discurso tendrá una dominante: en el discurso analítico es el objeto a, en el del amo, el S1, la ley; en el de la histérica es el síntoma, y en el universitario el saber, S2.

El propósito de este escrito no es explicarlos, sino poder tomar la lógica que Lacan propone al describir su funcionamiento, para interrogar desde allí la interfaz Psicoanálisis y Medicina. Habitar una institución comandada por el discurso del amo, como mencioné, implica la astucia de saber hablar su

lengua, sin que ello signifique acoplarse a ella; sino más bien, poder introducir lo intratable. Sabemos que para el psicoanálisis lo que se dice no cuenta tanto como el lugar desde el cual se lo enuncia. En la Apertura de la Sección Clínica Lacan postulaba “La clínica psicoanalítica debe consistir no sólo en interrogar el análisis, sino también en interrogar a los analistas a fin de que hagan saber lo que su práctica tiene de azarosa, que justifique a Freud haber existido” (1977, p. 23). Más adelante agrega que la clínica es “*lo real como lo imposible de soportar*”. Las destaco aquí porque considero que ambas pueden constituir anclajes sólidos cuando de pensar la práctica del psicoanálisis entre discursos se trata.

Algunos años previos al Seminario 17 Lacan es invitado a dar una conferencia en el Colegio de Médicos de La Salpêtrière, conocida como *Psicoanálisis y Medicina* (1966). Allí precisará para el psicoanálisis un lugar de extraterritorialidad y marginalidad.

La Medicina nace con Hipócrates, quien a partir del método de observación de los hechos, instaura un discurso sobre las enfermedades, su etiología y patogenia. Para ello fue preciso privilegiar ciertos hechos y descartar otros; circunscribiendo las enfermedades a partir de la repetición de los mismos síntomas y la misma evolución en distintos enfermos. El riesgo siempre fue que el enfermo quedara identificado con la enfermedad y subsumido a ella... hecho que se constata en el tratamiento que recibe la palabra del paciente. “Es propio del carácter totalitario del discurso médico (y de todo discurso) el hecho de no querer ni poder saber nada respecto de lo que no le pertenece, porque es inarticulable en su sistema conceptual y no puede desembocar en ninguna práctica que fuese médica” (Clavreul, 1978, p. 93). Hay una tendencia a eludir el discurso del paciente, no por malintención, sino por un hecho de estructura. El orden médico no dicta sus prescripciones en función de lo que es agradable si no de lo que haya podido probar científicamente y con estadísticas. A propósito del discurso del amo Lacan fue muy claro al establecer que el verdadero amo no tiene ningún deseo de saber, tan sólo desea que la cosa marche. No obstante, es necesario aclarar que el discurso del amo (y cualquiera de los otros tres) no puede identificarse a ninguna disciplina, ya que de lo que se trata es de una posición ante el sujeto, el saber, el Otro y la

verdad, que puede detentar un médico, un psicólogo, un psicoanalista, un trabajador social.

Con la entrada de la Medicina en la Ciencia, la función tradicional del médico cargada del prestigio y autoridad que se le concedía por su saber hacer ante la enfermedad, sufrirá varias modificaciones no sin consecuencias sobre aquello que solemos llamar transferencia. El progreso científico y tecnológico propició la instauración del médico como agente de control social y de la medicina en estrecha dependencia del desarrollo industrial. La especialización y atomización del saber sobre el cuerpo reducido al puro organismo fomentó la concepción del cuerpo como “aparato” máquina; y el médico como un técnico conminado a mantener su correcto funcionamiento.

Ahora bien, respecto de lo que el psicoanálisis podría aportar a la medicina, Lacan sitúa en aquella conferencia que un psicoanalista podría contribuir a preservar la función tradicional del médico; aquella que se ha visto trastocada por el avance irrefrenable del capitalismo. Dicha función no es otra que la de responder a la demanda de saber que le dirige el enfermo. ¿Qué es lo que le demanda? En el modo de registro del médico a la demanda del enfermo estará la clave de su posición, en cómo signifique esa demanda. La diferencia entre demanda y deseo con la que trabaja el psicoanálisis, será en este aspecto, un punto a tener en consideración en la escucha del médico y del paciente. Pero también, lo que el orden médico forcluye al concebir al cuerpo como organismo: el goce. El efecto del progreso de la ciencia sobre la relación de la medicina con el cuerpo, quedará nombrado como la “falla epistemosomática”; puesto que se parte de excluir el hecho de que el cuerpo es también algo que está hecho para gozar de sí mismo (1966, p. 42). La misma ciencia que ha multiplicado las posibilidades de goce, excluye al goce de todo análisis; dimensión que reintroduce el discurso analítico. No se trata de que el médico aprenda a reconocer y tratar el goce. Pretender esto sería avalar una supuesta completud del poder del médico; y es más bien cuando se reconoce en falta que se abre la puerta para que otra cosa se pueda hacer ahí. La medicina se rige por una ética moralizante, y aunque se pretenda cierta neutralidad, el juicio valorativo del médico no se puede erradicar. Sabemos que no juzga la enfermedad del mismo modo cuando su paciente ha contravenido

explícitamente el orden médico. El orden del deseo, por el cual se rige el Psicoanálisis, es bien diferente del orden médico, y por consiguiente muchas veces viene a contradecirlo. Habrá que preguntarse cada vez cuándo conviene ser dócil al orden médico; a sabiendas de que el consentimiento no se agota allí.

Demanda del enfermo y goce del cuerpo serán entonces dos dimensiones que el psicoanálisis introduce en el orden médico donde el furor curandis orienta la ética; que en el caso de los Cuidados Paliativos asumirá la forma de la “ética del buen morir”. Ética, como vimos, diferente a la del bien decir que se orienta por el orden del deseo del analista.

Abordar la interfaz Psicoanálisis y Cuidados Paliativos desde la óptica de los discursos permite resituar la potencialidad de la ética del discurso analítico para “contribuir a enfrentar los impasses de otras prácticas” (Rubinstein, 2008), que pueden leerse en términos del Seminario 17 como la impotencia en quien encarna un discurso cuando la imposibilidad, signo de un resto real inasimilable, no es tomada en cuenta (no todo es gobernable, educable, etc). Por eso Lacan propone que el analista tome lo que “chirría” en otros discursos y pueda hacerse “agente de lo imposible” (Lacan, 1969; p.193-196); no sin, quizás, la transferencia de trabajo.

Transferencia de trabajo

“La pasión analítica se cierne a cada instante en abrir los poros para que alguna palabra pase y resuene, y se produzca ese fenómeno inefable de vivificación y contagio entre los cuerpos”. (Racki, 2021b)

En la Nota adjunta del Acto de fundación, Lacan establece que “La enseñanza del psicoanálisis solo puede transmitirse de un sujeto a otro por las vías de una transferencia de trabajo” (1971, p. 254). Miller dedicará todo un capítulo en su curso El banquete de los analistas (2000) para interpretar este enunciado. Eso que se transfiere de *uno a uno, uno por uno*, no remite necesariamente a una elucubración de saber; siempre distinta y a veces contrapuesta, desde lo

disciplinar. Apunta, más bien, a la transferencia del deseo decidido de hacer algo con ese asunto, con la causa. El énfasis está puesto en el deseo y en la decisión, lo cual supone interpelar una posición ante el saber. Si bien el concepto de transferencia de trabajo tiene su lógica dentro del marco conceptual del psicoanálisis para pensar la formación del analista y su lazo a la Escuela, considero que podría ser útil para una transmisión posible del psicoanálisis en campos regidos por otros discursos.

Tomemos el caso de la transmisión del psicoanálisis dentro del campo psicoanalítico. Tanto Freud como Lacan hicieron de la transferencia un concepto fundamental del dispositivo, y aun con sus diferencias, ambos coincidieron al situar en ella el principal motor y obstáculo en una cura. La clínica psicoanalítica se inicia con el saber de la transferencia, pero una cosa es la suposición de saber por la que funciona la experiencia analítica, el sujeto supuesto saber; y otra es la explicitación del saber para la transmisión de esa experiencia; lo que conocemos como el saber expuesto. Son dos estatutos distintos del saber, pero los dos están concernidos en el psicoanálisis aplicado, y particularmente, en la inserción de un practicante del psicoanálisis en dispositivos de atención interdisciplinarios.

Respecto del saber supuesto, en la Proposición del 9 de octubre (1967) Lacan hablará del “constituyente ternario”, el S.S.S que se inscribe en la relación transferencial entre el analista y el analizante. La suposición de saber en el Otro es condición para que se instale la transferencia, pero el analista hace de señuelo allí ya que no debe quedar pegado al Otro del saber. En tanto ternario, el SSS intercede ahí, entre esos dos, para dar lugar al sujeto del inconciente que es quien tiene el saber. El analista entonces, maniobra, arma la estrategia, para que ese saber que se le supone, se produzca en verdad del lado del sujeto. En esto se distingue del psicoterapeuta, porque no es un traspaso de saberes del amo-psicólogo al esclavo-paciente.

Respecto del saber expuesto, remite a la tarea del psicoanalista de transmitir ese saldo de saber que recoge de la experiencia y por el que se demuestra la eficacia del Psicoanálisis. Es un saber que se transmite por caminos diferentes a los que se constituye, que es el de la experiencia del análisis, una clínica bajo transferencia. Y si la clínica supone un trabajo de simbolizar lo real, de localizar

e inscribir un imposible, de formalizar lo más singular del sujeto; su transmisión a otros incluirá ese imposible también. al decir de Lucia D'Ángelo (s/a) “La transferencia de trabajo que funciona, fuera del marco de la experiencia analítica, es a partir del analista que trabaja, que contrarresta la pereza estructural que le otorga su lugar en la transferencia. Se trata en cualquier caso, sea como docente, como investigador, como ponente, de poner en acto, el saber supuesto al saber expuesto. Lo que Lacan llama, la producción propia”.

Miller, en la conferencia en Comandatura (2004) formulará una inversión a propósito del saber y la transferencia: del SSS como pivote de la transferencia, a la transferencia, es decir el amor, como soporte del SSS: “Un psicoanálisis pide amar su inconciente para hacer existir, no la relación sexual, sino la relación simbólica”. Otra vez el amor entra en escena. Demandar amar al inconciente es lo que propicia la producción de un saber. No es otra cosa que forzar del buen modo la creencia en el inconciente; lo que sólo puede darse si quien lo propulsa se deja atravesar por él y no pierde la oportunidad de hacer notar su existencia. No obstante, frente a esta demanda de amor al inconciente que está en la base de la transferencia de trabajo, el practicante debe cuidarse de no responder con el amor; es decir, de no quedar pegado al SSS o al amo. Por el contrario, ofrecer una distancia, un silencio, una pregunta que haga circular el deseo de saber.

En el trabajo interdisciplinario del practicante del psicoanálisis en el campo de los CP, por ejemplo, esta maniobra se pone en acto cuando en sus intervenciones al equipo se apunta a desarmar sentidos estipulados sobre la afectación de una enfermedad amenazante para la vida, cuando se descomprime y no se comprende lo traumático como sinónimo del hecho de que la muerte se aproxima, cuando se invita a no responder desde los supuestos y las buenas intenciones, cuando se pone sobre la mesa el malentendido estructural que hace que la comunicación siempre sea fallida, cuando se señala la presencia de una satisfacción paradójica en las respuestas del paciente que contradicen su bienestar, cuando se advierte que lo que el paciente o la familia conoce del diagnóstico y pronóstico no equivale a lo que

se sabe; o que el sí a querer saber tampoco equivale al deseo de saber; cuando se interpretan las diversas modalidades de defensa ante la angustia que se ponen en marcha en tal o cual profesional afectándose la relación terapéutica; cada vez que se nombra la imposibilidad donde se experimenta una impotencia, y la elección de un sujeto responsable de su posición donde tiende a verse una víctima o alguien objeto de compasión.

En consonancia con este planteo, en el Seminario 20 dirá: "... de este discurso psicoanalítico hay siempre alguna emergencia con cada paso de un discurso a otro. (...) hay que parar la oreja respecto a la verificación de esta verdad de que hay emergencia del discurso analítico cada vez que se franquea el paso de un discurso a otro. No digo otra cosa cuando digo que el amor es signo de que se cambia de discurso" (1972-73; p. 25). Hacer del amor un signo es atribuirle un uso particular, alejado de significados romanticistas, pasiones imaginarias, sentidos empáticos. Es nombrar al amor como operador de movimiento.... aquel que hace girar los discursos. Es imprimir allí una orientación clínica que introduce una falta/falla como causa para que un decir sea posible.

Decir, pero también escuchar y hacernos escuchar, para que algo circule. De lo contrario, ¿qué lugar cabe para que otra cosa pueda hacerse ahí? Pensar la interdisciplina conduce a resituar el concepto de transferencia de trabajo como operador central en el asunto.

Consentimiento ¿informado? en el orden médico-jurídico

La RAE constituye algo así como el Otro, tesoro de significantes, para el discurso universitario. La palabra Consentimiento tiene allí varios significados: "acción y efecto de consentir", "manifestación de voluntad expresa o tácita por la cual un sujeto se vincula jurídicamente". En cuanto al "Consentimiento informado", si bien no sólo se trata de decisiones exclusivamente médicas, es en función de ellas que se inventó esta categoría, en el afán de restituir la dimensión de los derechos del paciente, y también de resguardar al profesional interviniente de posibles juicios de mala praxis. Incluso el mismo Juramento Hipocrático fue adoptando algunas modificaciones en sus fundamentos, tendientes a ensamblar el poder del médico que radica en su sabiduría, con el derecho inalienable del paciente a decidir sobre los asuntos de su vida y de su

cuerpo (Sánchez-Salvatierra & Taype-Roldan, 2018) La versión inicial del juramento (460 a.C.aprox.), fue acusada de promover una ética médica paternalista centrada exclusivamente en la opinión del médico. La primera actualización conocida como “Declaración de Ginebra” (1948) tuvo lugar como reacción ante los crímenes médicos cometidos durante la segunda guerra mundial. La última, que está vigente, data del 2017, e incorpora en su espíritu el principio ético de autonomía que surge en los ´90.

En la legislación argentina el Consentimiento Informado se encuentra regulado en la Ley N° 26.529 de los Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud (2009), y sus modificaciones en la Ley N°26.742 (2012): *“Entiéndase por CI la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada”* con respecto a: estado de salud; procedimiento propuesto y objetivos; beneficios del procedimiento; riesgos y efectos adversos previsibles; entre otros. Más allá de las diversas especificaciones que se detallan sobre su implementación, es posible hallar una orientación común: se trata de garantizar que el paciente pueda participar en la toma de decisiones del proceso sanitario., objetivo nuclear en el enfoque paliativo.

Tanto lo contemplado en estas leyes en torno al CI, como lo dispuesto en cualquier otro documento jurídico concerniente al ejercicio de derechos y obligaciones, descansa sobre los famosos “cuatro principios” bioéticos establecidos por Tom Beauchamp y James Franklin (1979). Éstos tienen por finalidad resolver conflictos que aparezcan en el área biomédica a partir de un método sistemático de reflexión que permita elegir una solución correcta ante un dilema bioético. Ellos son: el principio de autonomía, de no maleficencia, de beneficencia y de justicia. Desde el orden médico-jurídico, el CI pareciera derivarse justamente del principio de autonomía. Esta palabra proviene del griego y significa “autogobierno”. Para aquellos bioeticistas una acción es autónoma cuando el que actúa lo hace a) intencionadamente, b) con comprensión y c) sin influencias controladoras que determinen su acción. Así mismo, en la ley antes mencionada la “autonomía de la voluntad” constituye uno de los conceptos troncales que representa la concepción del sujeto que

existe en el paciente y el límite con el que puede encontrarse el profesional respecto de su propia autonomía en el acto médico. Quedará escrito: *“El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad”* (Ley, N° 26529). Y aclara que también rige en el caso de los niños, niñas y adolescentes, quienes tienen igual derecho que un adulto a intervenir en los términos de la ley 26.061 en la toma de decisión sobre aquellos procedimientos que involucren su vida o salud.

Justamente en esos casos resulta interesante la distinción que desde lo jurídico se efectúa entre un “consentimiento formal” y el “asentimiento”; distinción basada en la edad cronológica y criterios evolutivos tendientes a determinar la capacidad de decisión en base al grado de madurez de la persona en cuestión. Mientras que el consentimiento formal podría ser pronunciado a partir de los 18, el asentimiento quedaría reservado para aquellos menores de 18 años de edad. Asentir significa que pueden aceptar participar en un estudio clínico, o disentir, siempre y cuando exista “la suficiente madurez” para entender de qué se trata y cuáles serían sus consecuencias. En este sentido, requiere de una comunicación constante entre las partes, en un proceso dinámico, que no excluye la autorización del adulto responsable. La autonomía y el derecho a la participación en la toma de decisiones en el caso de los niños, niñas y adolescentes, tiene asidero en el concepto de Interés superior del niño que introduce la Ley N° 26.061 de Protección Integral (2005), por el cual se lo reconoce como sujeto de derecho; dando prevalencia a la escucha y el respeto de su palabra allí donde solía quedar como puro objeto de disciplina. Es que la significación social atribuida a la figura del niño fue cambiando acorde a las condiciones sociohistóricas, culturales, y también al desarrollo de la ciencia. Desde “pequeños adultos”, incapaces física y moralmente, objetos de tutela parental, hasta la concepción jerarquizada en la actualidad del niño como un sujeto activo en el ejercicio de derechos, cuya autonomía y moral están en continuo desarrollo... de allí que precisen un acompañamiento particular por su “inherente vulnerabilidad”.

Trazado este recorrido, cabe preguntarse ¿Quién es el sujeto en cuestión en esta concepción del CI? ¿Qué implica consentir y qué estatuto tiene la información que se informa? ¿Se trata de un saber? ¿Tener la información “adecuada y suficiente” basta para ejercer la autonomía de voluntad? ¿es posible decidir libremente? ¿libertad respecto a qué?

Consentimiento ¿informado?

“no hay sólo una desigualdad de hecho en la relación médico-enfermo. Es una desigualdad de derecho porque la ley está dada por el discurso del amo.”

(Clavreul, 1978, p. 247)

Analizar este asunto desde la lógica de los discursos nos permite, en primer lugar, abstenernos de efectuar cualquier juicio valorativo sobre el accionar de tal o cual campo disciplinar; y por ende, despojarnos de ideales al momento de pensar una intervención o trabajar con otros discursos. En segundo lugar, deconsistir algunos sentidos coagulados con los que se pretende tapar el malentendido estructural.

El psicoanálisis distingue el yo del sujeto, el saber del conocimiento, la producción de saber de la comunicación, la verdad de la adecuación del dicho con el hecho. En *Sutilezas analíticas* Miller nos recuerda que *“el sujeto conciente no es más que un sujeto que se supone que sabe: sabe lo que piensa, lo que quiere, lo que ama, aquello de lo que goza, aquello por lo que sufre. Pero la experiencia del análisis nos demuestra que el sujeto es una falsificación, que en verdad no sabe, se contradice, cambia de opinión, cambia de saber. De hecho, lo que llamamos inconciente es un hecho de lógica, es lo que se deduce de lo que se dice”* (2014, p. 117). El sujeto en la medida que es lo que representa un significante para otro significante, es algo a producir, cada vez, y en cuanto aparece, se desvanece; de allí que lo represente el matema de la barradura, pues hay división, no completud. El lugar de la falta como constitutiva es bien marcada por Lacan cuando formula las operaciones de alienación y separación en su Seminario 11.

Sostener la convicción de que otorgar información es el pasaporte para que el sujeto consienta una indicación médica, por ejemplo; o suponer que el paciente tiene que acceder sin más a lo que establece la terapéutica porque sería incoherente que rechace lo que sería mejor para él, es un razonamiento acorde con los principios bioéticos que sustentan el acto médico, y con la concepción del cuerpo como un organismo. También con la idea de que el sujeto sabe de qué habla cuando habla. Desde esta posición el discurso son las palabras que emite un sujeto en tanto emisor a un destinatario que puede recibir el mensaje con más o menos interferencia. De este modo, en la comunicación se podrían pulir esas interferencias con mayor información o mejores modalidades de transmisión. Podría escribirse consentimiento informado, todo junto, sin separación; puesto que hay creencia en esa equivalencia. Las leyes admiten que alguien pueda no consentir o revocar su consentimiento, porque prima la libertad de decisión. Los principios de la bioética rigen aquí las intervenciones, porque la tendencia es la estandarización de la práctica. Los protocolos testimonian este propósito, y resultan necesarios si el fin es hacer valer la igualdad de condiciones y oportunidades.

En el Psicoanálisis, si bien no existe una cura standard ni un protocolo general, no es una práctica sin principios. La lectura que pueda hacerse de la categoría del Consentimiento Informado admite la necesaria separación entre ambos significantes y la oferta de una significación bien distinta desde la óptica del discurso analítico. Ni mejor, ni peor. Distinta, en la medida que parte de otras premisas: la diferencia radical del deseo y la demanda, del enunciado y la enunciación, de lo que atañe al significante y lo que escapa a él, el goce.

Sujeto, saber y verdad

Llama la atención encontrar en Lacan una conclusión que pareciera contradecir estos supuestos. En *La ciencia y la verdad* (1965) plantea que el sujeto sobre el que operamos en psicoanálisis es el sujeto de la ciencia, ¿a qué se refiere con ello? Habría que ver en qué sentido se da esta comunidad.

La tensión podría plantearse entre el sujeto cartesiano (ciencia) y el sujeto del inconciente (psicoanálisis). El sujeto de la ciencia está representado en la

fórmula: “pienso, luego existo”. Se define por su relación de rechazo con el saber, es un sujeto que no cree nada, duda de todo, excepto de que es porque piensa. El saber científico se establece sobre la base de este rechazo a todo saber previo para instaurar un nuevo modo de saber; hay una operación de vaciamiento. Por otro lado, para Freud todo lo que aparecía del orden de la duda era la marca de un “pensamiento” inconciente. Este desplazamiento de la duda absoluta a la certidumbre de que allí hay un pensamiento, es un punto en común en la concepción del sujeto para la ciencia y el psicoanálisis. Sin embargo, en el sujeto para el psicoanálisis este “pensamiento” nada tiene que ver con el yo, con el ser. Ni yo pienso ni yo soy. *Eso* piensa sin que esté yo presente, porque lo que hay es el inconciente. *Wo Es var, soll Ich werden*, dirá el imperativo freudiano que Lacan en este escrito traducirá como *Donde ello era, allí como sujeto debo advenir yo*. Hay una división radical entre sujeto del enunciado –sujeto de la cc-, y sujeto de la enunciación –sujeto del icc-: no es el mismo yo el que piensa que el que dice yo *pienso*. De anular esta diferencia surge el sujeto para el discurso de la ciencia. Otra diferencia que queda forcluida, junto con la ya mencionada forclusión del goce. Ahora bien, que el sujeto cartesiano sea aquel sobre el cual opera el psicoanálisis, no significa que lo haga del mismo modo que lo aborda la ciencia. Por el hecho de reconocer esa escisión fundamental entre ser y pensamiento se configura otra escena.

Aunque el sujeto de la ciencia moderna también sea un sujeto dividido entre saber y verdad, el saber y la verdad tienen un estatuto muy diferente en el discurso analítico. Para el psicoanálisis la verdad retorna para el sujeto por la vía del síntoma, no por medio del saber en términos de información o conocimiento; tal como queda comprendido en el discurso universitario por ejemplo. En el lugar de la verdad aparece el S2, un saber que no se sabe. Es un saber no sabido que habita en cada sujeto y se impone como una verdad a través del síntoma. Algo empuja más allá de lo que quiera hacer, de lo que le indiquen hacer porque sería lo más beneficioso. Algo empuja, incluso cuando puede registrar que eso que no puede dejar de hacer le acarrea padecimiento. Hay un sujeto dividido contra sí mismo. Y el desconocimiento de este hecho de estructura es lo que consolida muchas veces el enojo, la indignación, y otras modalidades soslayadas de la angustia en aquellos profesionales de la salud que encarnan la posición del amo. Es también lo que

permite leer qué sucede allí donde alguien no adhiere a una indicación que le llevaría un supuesto bienestar.

Responsabilidad subjetiva

“De nuestra posición de sujeto somos siempre responsables” (Lacan, 1965 p.816)

Tal escisión constituye el precio con el que el sujeto paga por entrar a la estructura del lenguaje, que ya está allí antes de su nacimiento. En este sentido, el sujeto resulta un efecto de la captura de un ser viviente, puro cuerpo, por el lenguaje. Tal como profundizamos en el capítulo precedente, el lenguaje mortifica el cuerpo, produce una pérdida de goce, una pérdida de ser. Y el sujeto puede recuperar parte del ser perdido a través del goce pulsional; transformándose en objeto de goce para el deseo del Otro, el sujeto reencuentra en el fantasma algo de ese ser que perdió. Pero para entrar, tiene que prestar su consentimiento: hay aquí una posición subjetiva respecto del significante. Quien rechaza el significante puede considerarse libre en relación con él, y esto dará lugar a otras consecuencias. En el rechazo mismo hay un consentimiento a otra cosa.

Entonces, a la tesis del sujeto determinado por el lenguaje es preciso agregar otra: la del consentimiento a ciertos sentidos en lugar de otros por parte del sujeto. Preservar esta posibilidad es preservar también la responsabilidad que le cabe en aquello que decide. En el Seminario 21 Lacan rectifica lo que había planteado en los inicios de su enseñanza: *“... el lenguaje es un efecto de lo siguiente: de que hay significante Uno. Pero el saber no es la misma cosa. El saber es la consecuencia de que hay otro. Con lo cual hacen dos, en apariencia. Porque este segundo obtiene su estatuto justamente del hecho de que no tiene ninguna relación con el primero, de que no forman cadena, aun cuando yo he dicho en alguna parte (...) que formaban cadena. Es un error, porque para descifrar, fue preciso que yo hiciese algunas tentativas (...). Es decir, sustituir el otro significante por el significante Uno. Aquel no da dos sino porque ustedes le agregan el descifrado”* (1973, clase del 11 de diciembre de 1973). Los significantes entonces no forman cadena, es un artificio. El no hay

relación lacaniano, encuentra aquí una de sus traducciones. No hay relación entre Uno y el Otro, sólo hay Uno y el Otro deviene dos por el forzamiento del descifrado, pero eso no hace relación. El consentimiento que cuenta para este discurso no es tanto el informado, si no el subjetivo; para el que decir que sí no implica necesariamente consentir, ni es sólo vía la palabra que puede obtenerse un signo de consentimiento.

Consentimiento subjetivo

En su Seminario *Causa y Consentimiento* Miller nos advierte que al comienzo nunca recibimos a un paciente, si no a un paciente en proyecto; por lo cual el analista habrá de juzgar si puede convertirse en un analizante. Para ello poder pescar un signo de consentimiento subjetivo pareciera ser la clave. Sin dudas hay un decir que sí y decir que no en juego, pero la cosa no se detiene allí. El foco está en el “decir que” (2019, p. 42), que determina la existencia del sujeto. Este consentimiento concierne a la responsabilidad subjetiva, y ella es correlativa a la función del significante en cuanto es por esta vía que el sujeto se produce. Del lado de la función del analista, encarnando el lugar del agente como objeto a, causa del trabajo analítico dirigido al Sujeto para que produzca aquellos S1 a los que ha consentido alienarse, también hay un decir que sí o que no, en juego. Asimismo, cuando se trata de la clínica con niños, suelen ser otros los que portan la iniciativa de la consulta en su nombre; rasgo que introduce una actitud de particular espera relativa a la emergencia de este signo de consentimiento al espacio. Una espera sin prisa, pero no sin pausa. Similar presentación se da en el caso de las interconsultas hospitalarias por ejemplo, cuando el pedido de evaluación muchas veces proviene del equipo médico sin siquiera consultarlo con el paciente, o en las típicas derivaciones al servicio de Cuidados Paliativos donde el pedido proviene del Otro que encarna al amo. Ahora bien, sea en el marco de instituciones hospitalarias, educativas, carcelarias, o en la intimidad del consultorio, cuando la iniciativa de la consulta parte del propio sujeto está en juego un “querer ser paciente”, que conmina al analista a convalidar esa autoevaluación. Esto es, una ratificación del Otro de que allí hay un penar de más. ¿Qué es lo que se convalida? (p. 47) (retoma Miller la pregunta que se hace Lacan), si la demanda siempre engaña, tiene por

base el no querer saber. Formula como respuesta que lo que se convalida es una posición subjetiva, la del sujeto supuesto saber. Ésta puede captarse en los “no se” del paciente, pero no es sin la incidencia del analista que no pierde oportunidad para cuestionar los enunciados, apuntando al sujeto de la enunciación “¿Qué quiere decir cuando dice eso?”. Se abre así, a partir del no saber, la dimensión de que hay algo por saber. Practicar esta posición puede ser útil también por fuera de una sesión, en el trabajo con otros discursos, con otros profesionales; es responder con ese deseo de saber. Tener presente esta otra dimensión del consentimiento, aquella que atañe al subjetivo, también amplifica la interpretación que pueda hacerse del modo en el que el sujeto responde al consentimiento informado. Introduce la posibilidad de otro tiempo para trabajar a qué se dice que sí, a qué se dice que no, y qué de lo nuevo puede producirse allí. Es una forma de poner en acto el no comprender, invitando a revisar la relación que el sujeto entabla con su propio dicho. En este punto también le cabe al sujeto convalidar o refutar lo que dice, porque aunque sujetado al lenguaje, guarda siempre respecto del significante un margen para decidir un sentido distinto.

Transferencia de trabajo no sin ética consecuencialista

Tomar la interdisciplina al modo de la transferencia de trabajo y con la referencia de los discursos, nos reconduce al asunto de la ética porque se trata de asumir una posición ante el saber y su transmisión. Como vimos, en el discurso analítico no se trata de una ética de las buenas intenciones, ni la de hacer el bien como proclama el discurso del amo. En cambio, y siguiendo a Miller, nos topamos con una ética consecuencialista (1997-1998), porque juzga el acto y el deseo en juego a partir de los efectos. Al considerar el tiempo lógico subjetivo más que el cronológico de la razón, esta perspectiva se ordena por lo singular y la transmisión del real en juego. Lo real aquí cuenta como lo que se escapa a cualquier posibilidad de previsión, de cálculo; por ello es que sólo acontecida la intervención podría sancionarse su estatuto. Esta dinámica, sin embargo, no implica un accionar a ciegas, pero sí incluye la ausencia de certezas y por ende, lo inesperado; aunque igualmente deban asumirse esas consecuencias: *“La ética existe, precisamente, porque no se sabe todo”*. El

acto analítico se rige por esta lógica. Poder transmitir esta inconsistencia estructural al interior de un equipo interdisciplinario, disponerse con otros a leer esos efectos, es un modo de construir transferencia de trabajo y de dar lugar a lo real que siempre desborda la ética de la intención. De sujeto sujeto, nos advierte Lacan, no puede hacerse en masa. Por eso aquí hay algo que resiste al conjunto homogéneo. El discurso analítico nada tiene de universal. Si la interdisciplina a secas pretende la reconstrucción del problema incluyendo la interacción de los aportes de cada disciplina en particular, conviene no olvidar que siempre quedará un remanente de desacuerdo, algo que no cierre del todo por algún costado, porque las disciplinas las encarnan seres hablantes determinados por el lenguaje y afectados por lo real. Esta vertiente quizás explique un poco por qué no todos los casos afectan del mismo modo a todos los profesionales que intervienen; y el practicante no está exento.

Que el practicante del psicoanálisis pueda pesquisar ese rasgo singular de cada quien y el propio, la posición de enunciación al momento de debatir en conjunto las estrategias a seguir en un caso, es una maniobra que bien podría confundirse con la ética de la intención de hacer el bien. No obstante se trata más bien de practicar una “política realista” como afirma Miller en *Política lacaniana* (1997-1998): hacer entrar al Otro en el cálculo, hacer salir el deseo oculto tras las buenas razones e intenciones. En el contexto de la formación del analista Miller ubica como principio rector de la política lacaniana el “No ceder ante lo real en juego en la formación. [...] no ceder ante los efectos transferenciales de su enseñanza [...]”, que podría extrapolarse (salvando las diferencias) a la práctica del psicoanalista en otros discursos: *“no significa para nada engancharse a cada cosita, al contrario, es componer, andar con rodeos, capitular, con la condición de no ceder en la línea de horizonte del deseo”* (op.cit., p. 106). Es un no ceder al encuentro con la falta, sintomatizar la relación con la ciencia haciendo existir aquello que por estructura forcluye pero que guarda una lógica en su funcionamiento.

Conclusión

El campo de los cuidados paliativos ya de por sí se descuenta del furor curandis del discurso del amo en la medida en que trabaja con ese resto que la medicina deja caer cuando “ya no hay nada más para hacer”; por lo tanto parte de una relación distinta con la falta. Este rasgo lo aleja también del empuje del discurso capitalista por negar la muerte y desmentir la castración. Pero esta particularidad no exime a quienes lo ejercen de quedar pegados a algún otro ideal... naturalizar la muerte podría ser uno de ellos, entre tantos otros, aunque suene contradictorio. El practicante del psicoanálisis inserto en un equipo interdisciplinario se convierte en un detector de ideales porque advierte que es por esa vía que se agudiza el malestar... e insiste. Insiste, quizás contra todo pronóstico, desde su amor de transferencia al psicoanálisis, porque sabe que "es necesario romperse un poco el lomo para hacer algo juntos" (Lacan, 1975).

CAPITULO V

Lo Paliativo y lo incurable

Introducción

Contextualizado el enfoque de atención de los Cuidados Paliativos y de la Psicología Paliativa en particular, precisados los alcances, encuentros y desencuentros posibles entre la ética del buen morir y la del bien decir, circumscribiendo la significación de vida y de muerte para el psicoanálisis lacaniano y el lugar y función del practicante en la interdisciplina, llegó el momento de retomar la pregunta que inicia esta investigación: ¿Cómo podría definirse lo paliativo en la práctica de los CP en el psicoanálisis de la orientación lacaniana? O dicho de otro modo, ¿de qué manera se produce el alivio del sufrimiento? La pregunta conlleva otra implícita que la precede: ¿a qué llamamos sufrimiento? Vimos que en lo que atañe al campo de lo paliativo hay una modalidad particular del sufrimiento en juego, el existencial, que se precipita por la presencia de una enfermedad amenazante para la vida del sujeto. ¿Este tipo de sufrimiento es pasible de paliarse vía la palabra? ¿La ética del bien decir serviría a tal fin? Y en todo caso, ¿qué sería un bien decir en esta clínica?

Estos interrogantes tocan de lleno el corazón epistémico-metodológico del Psicoanálisis lacaniano y nos invitan a retomar y precisar los conceptos de cuerpo, síntoma y angustia a la luz de las particularidades que asume el padecimiento cuando la muerte producida por una enfermedad irrumpe como un real en la vida del sujeto. Hacer de esta coyuntura una oportunidad para despertar de algunos sentidos que adormecen el deseo, será tanto una elección del sujeto como la apuesta del practicante por hacer existir allí lo más vital del ser hablante.

Psicoanálisis aplicado a los CP: lo particular y lo singular

“Al analista no le corresponde insertarse en el lazo social que prescribe el discurso del amo. El tratamiento gratuito de duración limitada solo se justifica si introduce a la experiencia analítica, si introduce al lazo social específico que se teje alrededor del analista como desecho representante de lo que, del goce, permanece insocializable. Porque prohíbe el fantasma, el discurso del amo cree en la salud mental. Este ideal le está prohibido al analista que ofrece una vía inédita, más precaria y sin embargo más segura: la salvación por los desechos”.
(Miller, 2009)

Siempre me interrogó esta frase acerca de la prohibición del fantasma por el discurso del amo... es que, claro, este discurso procede por identificación significativa, por lo tanto su promesa radica en la salvación por los ideales. En otra vereda, el discurso analítico y su inscripción institucional, promete, al decir de Miller, la salvación por los desechos.... Por los desechos de lo mental, el sueño, el lapsus, el síntoma. Lo que resta. Porque queda excluido... pero insiste. Paliar los síntomas, siendo el sufrimiento uno de ellos, significa desde el discurso del amo “controlarlos” o eliminarlos, para restituir un funcionamiento homeostático del organismo y del individuo adaptado a su realidad. La interfaz Psicoanálisis y Cuidados Paliativos conduce al asunto del psicoanálisis aplicado, y a la distinción de las psicoterapias.

Miller, plantea que la no diferencia entre psicoanálisis puro y el aplicado a la psicoterapia “nos ha dirigido a un cierto número de embrollos a la hora de ubicar como corresponde lo que hacemos en la práctica”; (2000-2001) y agrega que lo verdaderamente importante es distinguir lo que es psicoanálisis de lo que no lo es. Si tanto insistió en la diferencia entre el puro/ aplicado, fue para exigirle a este último que no deje de ser psicoanálisis. Siguiendo los desarrollos de la última enseñanza de Lacan, Miller va a terminar diluyendo lo esencial de aquella diferencia, no sin antes proponer una interpretación que considero puede sernos útil para el tema que nos convoca. Retoma una posible definición que aproxima Lacan en Televisión en el '73 sobre la psicoterapia

como aquella que se funda en la palabra, se apoya en la escucha. Pero hay una diferencia fundamental: “La psicoterapia especula sobre el sentido y en eso consiste su diferencia con el psicoanálisis”. ¿Cuántos hay que identifican el psicoanálisis con acostarse en el diván, hablar de la infancia, situar la causa del padecer en la historia familiar, descubrir el significado inconciente de los comportamientos, precisar de mucho tiempo para hallar una solución duradera? No todo Psicoanálisis es eso, y no todo en el psicoanálisis lacaniano es eso. O bien, ¿cuántas veces oímos que el psicoanálisis no sería viable en situaciones donde, como sucede en la clínica de los cuidados paliativos, “no hay tiempo para hacer psicoanálisis”? ¿Qué creencia se sostiene del psicoanálisis como terapéutica en estos argumentos? Es cierto que el tiempo, el de la enfermedad sobre el organismo, muchas veces hace de obstáculo. Pero la dificultad no responde a una limitación del marco teórico psicoanalítico, sino que es intrínseca a la evolución de la enfermedad y a la temporalidad lógica del consentimiento subjetivo en juego. Y esto es transversal a cualquier terapéutica. Quedarnos con esa versión equivale a aquella otra por la cual suele decirse que “como el psicoanálisis postula que no existe el significante LA muerte en el inconciente, entonces no es una terapéutica regia para estos casos”. Estas interpretaciones no sólo son erróneas porque comprenden desde lo literal, lo parcial y lo descontextualizado las referencias freudiano-lacanianas; sino que también minimizan la posibilidad de que exista algún efecto analítico, de cambios en la posición subjetiva, más allá de efectos terapéuticos, en la medida en que hacen de la enfermedad el amo del sujeto. Singularizar el padecimiento desde la vertiente significante y la del goce, es una orientación que exime al psicoanálisis lacaniano de ser una terapéutica como las demás y dignifica las soluciones propias que el sujeto se ha inventado para hacer con el malestar.

Entonces, si el psicoanálisis se distingue de las psicoterapias porque estas últimas se basan en la especulación del sentido, de allí se deduce que la cura viene por el hablar. El psicoanálisis también toma como parte de su método el hablar... pero hablar no es lo mismo que decir, y no siempre hablar hace bien ni “cura”. En Lacan existen varias referencias que nos advierten de estas diferencias: la palabra vacía vs la palabra plena, el dicho vs el decir,

enunciados vs enunciación. En el Seminario 5 habla del discurso como un molinillo de palabras (1957-58, p.20) que no dice absolutamente nada, que da ronroneos y repite. Varios años después, en el 20, postulará la necesidad del significante (1972-73, p. 30). Desde la intervención analítica se trata de escuchar y señalar ese significante que atasca el molinillo, que quiere decir otra cosa distinta a la que se dice, que no es blablablá.

Así como el lenguaje comporta su costado mortífero puesto que, como se abordó en el capítulo 3, el significante es causa de un goce que propicia el penar de más, también puede ser una vía de tramitación, de descarga y de elaboración. Hete aquí la teoría psicoanalítica sobre el fundamento del sufrimiento: el lenguaje es por estructura traumático. Esto justifica que la terapéutica involucre una pragmática discursiva. Pero no todo se trata por la palabra, porque no todo puede ser alcanzado por el significante y porque el más de sentido puede producir un más de sufrimiento. En este punto, el discurso analítico parte de la premisa de los límites de lo simbólico-imaginario para el tratamiento de lo real; y esta advertencia justamente se vuelve una orientación para la escucha en el campo de los cuidados paliativos donde la enfermedad o la muerte es muchas veces la realidad imposible de curar. Si importa el hablar, por ende, es porque de los dichos podrá obtenerse un decir, que se transfiere de lo íntimo a lo éxtimo vía la transferencia. Es un franqueamiento por el cual se le dice al Otro al que se le supone un saber. La cuestión estará en cómo hacer sonar eso que el sujeto cree decirle a otro, a sí mismo... en cómo hacerse escuchar en su enunciación.

Semantofilia, así parodia Miller un nombre para el amor por el sentido... y Freud y Lacan entran al psicoanálisis un poco por él, al realzar el valor de la historia del sujeto, del drama de su vida, en su padecimiento. No obstante, a partir de la clínica nodal se producirá un giro hacia el fuera de sentido; jerarquizando esta vía en la dirección de la cura. Si bien Lacan ataca el sentido, y algunas recepciones del psicoanálisis tendieron a leer esta crítica de modo literal, es conveniente una lectura en espiral y bucles (Schejtman, 2012) de su enseñanza, antes que cronológica y lineal. La famosa orientación por lo real, solidaria de la semantofobia, no implica la forclusión de todos los sentidos. Esto

se evidencia especialmente cuando se trata de la aplicación del psicoanálisis a dispositivos institucionales atravesados por otros discursos; y veremos que de modo particular en una clínica de los cuidados paliativos donde la realidad de la muerte puede estar tan próxima que, en algunos casos el alivio del sufrimiento sólo puede llegar de la mano del armado de un sentido relativo a la enfermedad o el final.

Con la clínica nodal Lacan invita a localizar el lugar, la función y la dinámica de cada uno de los registros en la formación del síntoma, y en lo que permanece y se repite como modalidad de goce. El sentido está de entrada, y probablemente también quede algo de él a la salida. Pero no será el mismo sentido, ni todo será sentido. Reducirlo, extraerlo, transformarlo, no equivale a eliminarlo del todo, aunque exista un Uno imposible de erradicar, no significantizable. Esto se juega de modo particular en el psicoanálisis aplicado a los cuidados paliativos porque la proximidad de la muerte y del cuerpo afectado por la enfermedad dejan al sujeto tan al borde del agujero que las intervenciones que apuntan a localizar y construir cierta amortiguación simbólico-imaginaria no sólo pueden ser necesarias para producir lo paliativo sino incluso, vitales, cuando hay un real que es la muerte propia que no cesa de no escribirse. Ahora bien, ¿esto es lo único que se puede hacer?

Sostengo como hipótesis que en el campo de los Cuidados Paliativos se produce un encuentro entre dos reales: la realidad de la muerte que confronta con lo real como lo imposible y lo real de cada ser hablante aludiendo a lo real como el goce pulsional que insiste. De ese encuentro, siempre único, teñido por los S1 por los cuales el sujeto se hace representar y su relación al objeto a, dependerá la envoltura formal del sufrimiento; y por lo tanto también lo paliativo será a construir uno por uno. Es en esta maniobra de “oreja analítica” (Lacan, 1966)) donde puede inscribirse el trabajo del practicante del psicoanálisis, quien mediante una posición orientada por lo real promueva intervenciones paliativas de los síntomas que aquejan al sujeto.

La particularidad del contexto “cuidados paliativos” sin dudas incide en los modos habituales del tratamiento del malestar para el dispositivo analítico; sobre todo en lo que a la táctica y la estrategia se trata. No obstante en la política, la ética se mantiene intacta, centrada en producir un bien decir que

nombre desde lo singular aquello de lo que se padece con la posibilidad de la muerte biológica e independientemente de ella, con lo que mortifica subjetivamente al sujeto en vida.

Para precisar tal hipótesis es necesario trazar una distinción entre la condición particular que atraviesa el paciente que es objeto de atención en CP, y la dimensión siempre singular que concierne a la posición subjetiva, que antecede a la situación de enfermedad y que se pone a jugar también en la respuesta que el sujeto formule ante esa condición particular. En esta ocasión, me referiré a lo particular como lo define el discurso del amo, es decir, aquellos enunciados que expresan algo sobre una parte de un conjunto. La parte está dada aquí por aquellas personas afectadas por una enfermedad limitante o amenazante para la vida. Mientras que lo singular sí implicará a la significación otorgada en el discurso analítico, tal como Lacan lo enuncia en *El placer y la regla fundamental*: aquello por lo que "...vale la pena errar a través de toda una serie de particulares para que como él dice (Albert andré) algo singular no sea omitido" (Lacan, 1975b, p.11). Lo singular involucra el encuentro y el destino, se llega a él tamizando lo particular. Supone el modo de respuesta al particular en el sentido lacaniano: la inyección de significantes en lo real, con la cual estamos obligados a arreglárnosla.

La posición subjetiva implica tener en cuenta los datos de la estructura y el tipo clínico que podamos pesquisar, y sobre todo, aquellos significantes que permiten apresar algo del goce fálico del sujeto, los que nombran un ser, o remiten al ideal, aquellos que podrían aproximarse al goce del fantasma, los que sujetan de modo sintomático un modo de estar en el mundo. Es en el encuentro entre estas dos dimensiones donde el practicante oferta su escucha, y donde debe procurar sostener la distancia para no hacer de la enfermedad la causa única o absoluta del padecimiento, ni equivocar lo paliativo con la eliminación de la angustia; en tanto ella es para nosotros siempre señal de lo que no engaña, y por ello, orientación en la intervención.

Existe una tensión estructural y estructurante entre el principio paliativo afín al imperativo médico de "curar", aliviar el malestar erradicando el síntoma que lo fomenta; y la ética del psicoanálisis que, sin desconocer los efectos

terapéuticos que advienen tras el control de los síntomas, apuesta a la construcción de un saber hacer con aquello imposible de erradicar mediante algún movimiento en la posición subjetiva; siendo el alivio terapéutico un efecto por añadidura, no menor. Tendremos que precisar qué sería aquello imposible de erradicar si no comprendemos con el sentido de lo puramente médico (curar la enfermedad-evitar la muerte), ni psicológico (curar el sufrimiento existencial).

Cuerpo enfermo que habla y que goza

“El hombre habla con su cuerpo. Lacan lo dice, el ser hablante por naturaleza.

Pues bien, ese cuerpo que no habla pero que sirve para hablar, ese cuerpo como medio de la palabra, es justamente el que se empareja, en rigor, con la salud mental que no existe. Si la salud mental no existe es porque el cuerpo gozante, la carne, excluye lo mental al mismo tiempo que lo condiciona, lo enloquece y lo extravía. Si el hombre ha inventado la relación sexual es para velar el horror de esa carne recorrida por un estremecimiento que no cesa y que es lo que es, como decía Angelus Silesius: sin por qué.” (Miller, 2016)

En la Apertura de la Sección Clínica (1977), Lacan hablaba de la clínica en términos de “lo real como lo imposible de soportar”. Por otro lado, en la Conferencia de Lovaina vimos que situaba que es por la certeza de que hay un fin, de que existe la muerte, que algo de la vida podría soportarse; es decir, hay algo de lo insoportable en la vida misma. Finalmente, en la intervención que da como respuesta a la pregunta de Millot (Lacan, 1981), el deseo de morir quedaba del lado de un real que despierta; asociando la muerte a lo real que irrumpe. Recapitulo estas tres diferencias porque cada una puede llevarnos a hablar del cuerpo, del síntoma y de la angustia en la clínica de los cuidados paliativos; conceptos en torno a los cuales gira el asunto de lo paliativo, pero que en el marco teórico del psicoanálisis lacaniano difieren de la significación atribuida por las orientaciones prevalentes en los Cuidados Paliativos.

1-Cuerpo

Freud en *El malestar en la cultura* (1930) ya situaba al cuerpo propio como una de las fuentes del malestar: “El sufrimiento nos amenaza por tres lados: desde el propio cuerpo que, condenado a la decadencia y a la aniquilación, ni siquiera puede prescindir de los signos de alarma que representan el dolor y la angustia; del mundo exterior, capaz de encarnizarse en nosotros con fuerzas destructoras omnipotentes e implacables; por fin, de las relaciones con otros seres humanos.”. Para hacer con ese malestar, planteaba tres recursos paliativos: poderosas distracciones, satisfacciones sustitutivas y sustancias embriagadoras. Al analizar la repercusión que las distintas modalidades paliativas tienen sobre el efecto displacentero que acarrea cada fuente de malestar, concluirá, a partir del caso de la sublimación, que si la satisfacción no toca el cuerpo el beneficio que aporta es cuestionable. De allí que el consumo de sustancias embriagadoras resulte ser el método más eficaz e inmediato, aunque revista otras consecuencias. Otra medida paliativa que menciona, y que interesa particularmente para pensar el tema de lo paliativo en cuidados paliativos, será aquella que apunta a aflojar el nexo con la realidad mediante la creación de fantasías e ilusiones: “...cada uno de nosotros se comporta en algún punto como el paranoico, corrige algún aspecto insoportable del mundo por una formación de deseo e introduce este delirio en lo objetivo [die Realität]” (Freud, op.cit, p. 81). Situaré aquí a la religión, como delirio colectivo.

Retomaremos esta idea más adelante, pero considero que esta vía introduce la pregunta de si mediante la elucubración de un sentido que guarda la forma de una ilusión o creencia, algo del malestar proveniente del propio cuerpo invadido por una enfermedad amenazante para la vida puede paliarse. Resta el hecho de que esta salida no necesariamente toca al cuerpo. Esta aclaración formulada por Freud respecto de que pareciera que para paliar el malestar de modo contundente sería necesario que la satisfacción que aporte la medida toque al cuerpo, me lleva a la pregunta que sostiene la eficacia del método analítico: ¿cómo es posible que el padecimiento, incluso aquel que proviene del propio cuerpo, pueda aumentar o disminuir mediante la palabra? Es una pregunta por el impacto del lenguaje en el cuerpo porque el psicoanálisis demuestra que en ese encuentro la economía libidinal del sujeto se trastoca; y

esto se deriva de cómo se entiende el cuerpo y el sufrimiento para todo ser hablante.

Para el psicoanálisis el concepto de cuerpo se distancia del puro organismo y en cierta medida, lo excede. Tampoco el cuerpo es sólo la imagen corporal, aunque la implique. Con el estadio del espejo, Lacan apela al modelo óptico para dar cuenta de ese tiempo mítico en el que se constituye un cuerpo: cuando el niño se descubre frente al espejo y logra ver allí una imagen unificada, del caos y la fragmentación que lo precede... las piezas sueltas. La ilusión de la propia imagen reflejada en el espacio real es un primer recubrimiento de la función de desconocimiento del yo: “la matriz simbólica en la que el yo se precipita en una forma primordial, antes de objetarse en la dialéctica de la identificación con el otro, y antes que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto” (Lacan, 1949, p.100). Dirá que esta instancia es una identificación por la que se asume una imagen, pero para que dicha imagen que le es ajena al cuerpo sea concebida como propia será necesaria una construcción auxiliar puesto que lo que hay es una inadecuación entre la forma y la experiencia corporal. El Otro, entonces, es ese lugar desde el cual el sujeto puede ver la imagen unificada en el espejo plano que recubre la fragmentación del cuerpo. Esta operatoria acontece con júbilo, se produce una satisfacción, y se precisa de ese movimiento que involucra al objeto y al otro, para que lo simbólico se introduzca: el niño en el espejo se vuelve hacia aquel que lo lleva, y apela con la mirada al testigo que observa. Lo que se desprende de este recorrido es que al armado/ construcción de un cuerpo le anteceden un encuentro inaugural con el otro y una identificación con la imagen que da una forma anticipada, total e ilusoria.

No obstante, “...la relación con el cuerpo no es una relación simple en ningún hombre”... “al cuerpo se lo tiene, no se lo es, y una vez que lo tenemos, levanta a cada rato campamento”. (Lacan, 1975-76, p 146). Si el cuerpo no es el organismo, no se rige por las leyes de la biología, si no del lenguaje. Es el encuentro con el lenguaje el que transforma al organismo en cuerpo. Y cuando se trata del cuerpo del ser hablante lo que hay es aquella inadecuación estructural, algo disyunto, inarmónico, que Lacan llamará la deshiciencia “la

dehiscencia¹ vital constitutiva del hombre” (Lacan, 1948, p. 108); caracterizada por la incompletud, el desajuste: “La función del estadio del espejo se nos revela como un caso particular de la función de la imago que es establecer una relación del organismo con su realidad (...) Pero esta relación con la naturaleza está alterada en el hombre por cierta dehiscencia del organismo en su seno, por una discordia primordial que traicionan los signos de malestar y la incoordinación motriz de los meses neonatales”.(Lacan, 1949, p. 89). Solemos identificar el cuerpo y el ser viviente, pero eso vale para la especie animal. En la especie humana el cuerpo no compete al ser si no al tener. A partir de que el sujeto es sujeto del significante, ya no puede identificarse a su cuerpo, y de esa discordancia procede su afecto por la imagen del cuerpo. Entonces, el psicoanálisis parte de una falla en la identificación del cuerpo con el ser.

Conforme avanza en su enseñanza Lacan, y particularmente a partir de los aportes de la topología, comenzará a cobrar fuerza junto con esta concepción del cuerpo de la imagen unificada, el cuerpo agujereado. A esta instancia la antecede un período comprendido entre los Seminarios 5 y 6 y los Escritos contemporáneos a ellos, en el que significantizará todos los conceptos: “La palabra en efecto es un don del lenguaje y el lenguaje, en efecto, no es inmaterial, es cuerpo, cuerpo sutil, pero cuerpo al fin” (Lacan, 1953, p, 289). El cuerpo se plantea como hecho de lenguaje y como escritura.

A partir del seminario sobre La angustia, encontramos un cuerpo que no es sin significante, sin letra ni sin falla. Algo cae por efecto de la inscripción simbólica. Es la antesala de lo que en el Seminario 23 planteará como el cuerpo agujereado, caja de resonancia sobre el que hace eco la pulsión ante la emergencia de un decir. En el 10 ese agujero se da por lo que se extrae, el objeto *a*. Es eso que no pasa al otro lado del espejo, que cae como resto en la ecuación por la que se constituye el sujeto. La imagen se constituye a partir de esa pérdida irrecuperable. Tenemos también la referencia del Seminario 11 al mito de la laminilla, que podríamos considerar en la línea de lo que el cuerpo pierde por ser una superficie engendrada por un corte: el que el lenguaje infringe al viviente (1964). En el 14 formaliza la relación del cuerpo con lo real a

¹ Dehiscencia son los fenómenos de la biología que nombran la abertura de un cuerpo.

partir del desarrollo del concepto de goce: el sujeto como lo que se localiza entre goce y cuerpo; y afirmará que “la relación del sujeto con su cuerpo pasa por el objeto a, que es al fin de cuentas la juntura más segura del sujeto con su cuerpo” (1966-67). Posteriormente, a la altura de los seminarios 17 y 18, el significante ya no será solamente pérdida de goce ni mortificación, sino también un medio de producción de goce.

Sobre la relación del cuerpo y el significante, Miller (2023) va a distinguir dos operaciones: la significantización y la corporización, que permiten apreciar el impacto de las palabras en el cuerpo. La primera remite a la materialización del significante en el cuerpo; siendo el síntoma histérico paradigma de este fenómeno. Es el cuerpo que se comporta como si la anatomía no existiese, como postulaba Freud... una parte del cuerpo que se suelta del determinismo biológico para funcionar bajo otra lógica. Al decir de Blanca Sanchez (s/a) “El pasaje al significante, la significantización es como una elevación, algo en lo real o en lo imaginario es elevado al orden simbólico (...) la elevación de un objeto a la dignidad de la Cosa, algo se anula en el cuerpo y se eleva a la categoría de significante”. La segunda, la corporización, es el significante que entra en el cuerpo, y provoca efectos de goce, no ya de significado. El significante no sólo produce efectos de significación, sino que también puede afectar al cuerpo, separar el goce del cuerpo y hace brotar el plus de gozar.

Recapitulando, entonces, un primer despegue del cuerpo respecto del organismo está dado al plantear la incidencia de lo simbólico-imaginario en su armado. Bajo la égida del goce, que resuena en el más allá del principio del placer freudiano, es posible un segundo despegue: no todo el organismo puede reducirse a ese cuerpo significante. El cuerpo para el psicoanálisis involucra también lo pulsional; y esta parte escapa al régimen significante. Son los puntos de fijación libidinal, de los que se recortan los objetos a. En el seminario 20 Lacan advertirá que, aunque no se trate de ello, no podemos deshacernos tan fácil de la sustancia extensa, pero lo que está en juego al afirmar que se goza de un cuerpo es otro tipo de sustancia que llamará “sustancia gozante” (1972-73, p. 32).

¿Qué sucede cuando ese cuerpo enferma con una enfermedad que progresa, deteriora y limita cada vez más al sujeto? Si el cuerpo “levanta campamento” a cada rato (Lacan: 1975-76), cuando resulta afectado por una enfermedad esto se vuelve más palpable. Pero no sólo es un asunto de intensidad, también de cualidad. La ilusión de unidad y control por la que se llega a adorar el cuerpo se resquebraja. En algunos casos en estadios tempranos de la enfermedad, en otros, en los más avanzados. Muchas veces es la limitación física, el advertir la ausencia de mejoría sintomática pese a los tratamientos médicos ensayados o la irreversibilidad del deterioro, el elemento de la realidad por el cual se anotician de la gravedad de la situación. Incluso, habiéndoles sido debidamente informado el diagnóstico y el pronóstico, en reiteradas oportunidades. En otros, esta instancia puede que nunca llegue y que se mantengan aferrados a la ilusión de la curación, la esperanza del milagro o sea un tema intocado, como si nada estuviera ocurriéndole al cuerpo. Es interesante escuchar las salidas singulares de las que se vale el Yo para defender la ilusión de dominio sobre el cuerpo, al punto bastante frecuente de escindirse de este aspecto de su realidad.

El impacto de la enfermedad puede ser extremadamente cruento sobre el organismo, incluso devastar funciones vitales que están naturalizadas (alimentarse, respirar, control de esfínteres, caminar, etc). Puede también requerir de anexos o procedimientos invasivos para hacer posible la continuidad de alguna de esas funciones (nefrostomías, sondas nasogástricas, concentradores de oxígeno, colostomías, catéter, diálisis, silla de ruedas, etc). Estos agregados pasan a formar parte del cuerpo, un cuerpo cuya imagen corporal empieza a verse afectada por los síntomas mismos que genera la presencia de la enfermedad o los tratamientos para combatirla. No en todos los casos la presencia de la enfermedad o su avance acarrearán signos tan manifiestos. Pueden haber indicios mucho más sutiles como un cambio en la textura de la piel, en el olor, en el modo de desplazarse, en el tono de voz, que sean para el sujeto tan ruidosos como tener colocada una sonda para poder comer. El estatuto y la dimensión de estos cambios, cómo repercutan en la imagen corporal, será siempre del orden de lo singular, y estará en relación al lugar y función que el cuerpo tenía para ese ser hablante antes de la

enfermedad. Más precisamente, no tanto del cuerpo en general, sino que habrá que rastrear qué parte, qué condición en particular del cuerpo para ese sujeto y no otro, produce sufrimiento y por qué. Seguir estos hilos es rastrear la presencia del objeto, y de las ficciones que se ha armado. El punto en el que se encuentre su real corporal con el impacto que la enfermedad en tanto una realidad produzca en ese cuerpo. Historizar el lazo del paciente con lo corporal puede ser una intervención necesaria para intentar paliar algo del padecimiento en este terreno. Tal como vimos, el cuerpo se arma no sin la mirada del Otro, y esta dimensión también puede conmoverse ante los cambios físicos que provoca la enfermedad. Situamos allí, en el lazo con los otros, y en la propia herida narcisista, dos fuentes de padecimiento en lo que concierne al cuerpo. En este mismo sentido, en la medida en que tanto lo simbólico como lo imaginario son dos registros privilegiados en la constitución de esa imagen unificada del cuerpo que permitiría velar el horror de la fragmentación, las intervenciones que apunten a consolidar un anudamiento en esta dirección podrían tener efectos paliativos.

En función de estos postulados, que la clínica psicoanalítica sea lo real como lo imposible de soportar no apunta tanto a la imposibilidad de soportar, sino más bien a la existencia de un imposible que ha de soportarse. El analista como soporte y lo real como una de las formas del imposible a soportar, que en ambos casos introducen una presencia necesaria: la del cuerpo. Es el cuerpo el soporte de la experiencia del análisis (el del analista y el del analizante) y es con lo que tiene que soportarse lo real. Es con el cuerpo con el que se hace síntoma, y el que hace síntoma. Cuando el cuerpo enferma este asunto se vuelve más evidente aún; especialmente para quien lo porta... el paciente que ha creído ser el dueño de su propio cuerpo experimenta el arrebató al que lo conmina una enfermedad. Y en algunos casos, la sentencia es a muerte. Cuerpo finito, que no trasciende, que muere cuando deja de gozar... verdad que anida en lo imposible de soportar; cuerpo que se mortifica también cuando deja de desear pero que inscribiendo algo de lo imposible con un bien decir, puede volver a respirar.

2-Síntoma y angustia

¿De qué tenemos miedo nosotros? De nuestro cuerpo. Es lo que manifiesta ese fenómeno curioso sobre el cual hice un seminario durante todo un año y que llamé angustia. La angustia es justamente algo que se sitúa en otra parte en nuestro cuerpo, es el sentimiento que surge de esa sospecha que nos asalta por reducirnos a nuestro cuerpo. Como no obstante es muy curioso que esta debilidad del parlêtre haya logrado llegar hasta allí, nos hemos dado cuenta de que la angustia no es el miedo a cualquier cosa con que el cuerpo pueda motivarse. Es un miedo del miedo (...)" (Lacan, 1974)

a) Síntoma

Así como el cuerpo no es el organismo, el síntoma no es una alteración funcional ni un trastorno que irrumpe el equilibrio, y la angustia no es una emoción ni necesariamente estar triste. Sin embargo, desde el discurso del amo, ambos pueden solaparse y ser la angustia un síntoma en sí mismo. El psicoanálisis lacaniano nos invita a distinguirlos. Para esta ocasión me interesa tomar principalmente las referencias del síntoma y la angustia que toma Lacan en La Tercera y el Seminario 10 y 22, porque en ellas puede encontrarse la orientación por lo real solidaria de una ética del bien decir.

Tanto en Freud como en Lacan desde el comienzo de sus desarrollos, el síntoma alberga un estatuto de solución; es decir, algo que viene a resolver alguna otra cosa. Freud hablaba de solución de compromiso y satisfacción sustitutiva, denotando la idea de dos instancias en tensión y de algo que quedaba oculto tras lo que el síntoma sacaba a relucir. En el primer Lacan, "el síntoma es signifiante de un significado reprimido de la consciencia del sujeto" (Lacan, 1958-59, p. 270) o bien, signifiante de otro signifiante, un sustituto (instancia de la letra), algo que metaforiza. De cualquier modo, el síntoma en estos sentidos conlleva un significado ignorado por el paciente, a revelar en el análisis, por ende está hecho de lenguaje: "el síntoma se resuelve por entero en un análisis del lenguaje, porque el mismo está estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje cuya palabra debe ser liberada" (Lacan: op.cit. p, 258). Pero como vimos, lo simbólico tiene un límite y no todo puede ser

revelado o ser interpretado vía la palabra. A partir del seminario 10, y a propósito de la angustia, otra concepción del síntoma empieza a sonar; aquella que lo distancia de lo simbólico y lo aproxima a lo real: “el síntoma en su naturaleza es goce, no lo olviden, goce revestido (...) no los necesita a ustedes como el acting out, se basta a sí mismo” (Lacan, 1962-63, p. 139). Y un dato no menor es que sólo puede abordarse transferencia mediante.

Desde el Seminario 20 en adelante, será la dimensión del goce la que sobresalga en lo que al síntoma respecta. En La Tercera llamará síntoma a lo que viene de lo real e impide que las cosas anden; de hecho define lo real como lo que irrumpe y se pone en cruz en la vida del sujeto. En la figura de los nudos lo ubica en lo simbólico, lindando con lo real: “Llamo síntoma a lo que viene de lo real. Quiere decir que eso se presenta como un pescadito cuya boca voraz no se cierra más que si se le pone sentido bajo el diente”. En RSI (1974-75), en cambio, dirá que es efecto de lo simbólico en lo real. No obstante, sea que provenga de lo simbólico o de lo real, esta vertiente del síntoma involucra en su definición al cuerpo en la medida en que atañe a lo real y está hecho de sustancia gozante. De estas elaboraciones derivará el síntoma-letra y el acontecimiento de cuerpo, y con ellos otro estatuto del inconciente, no ya el estructurado como un lenguaje si no el del enjambre de piezas sueltas. Sintagmas que no viene al caso profundizar pero que abren otra perspectiva en la interpretación analítica. Al síntoma como formación del inconciente se le suma esta otra posibilidad: que el inconciente sea efecto del síntoma, un inconciente intérprete de lo real. La intervención interpretativa entonces debiera apuntar a despertar al sujeto del adormecimiento que promueve la elucubración de sentido. Al decir de Miller, “La práctica del psicoanálisis cambia entonces de acento. Se trata de conducir la trama del destino del sujeto de la estructura a los elementos primordiales, fuera de la articulación, es decir fuera del sentido (...) La interpretación se propone deshacer la articulación de destino para apuntar al fuera de sentido. De modo que es una operación de desarticulación.” (Miller, 2014, p.89). Esta forma de interpretar apunta a perturbar la defensa contra lo real que fabrica el inconciente simbólico, ese que no deja de producir sentido.

En este punto es interesante precisar cuál sería la defensa a perturbar y cómo esta orientación se juega en el caso particular de una clínica en cuidados

paliativos. Considero que la coyuntura del cuerpo enfermo y la latencia de la muerte son condiciones necesarias de no olvidar al momento de intervenir. La cautela y el cálculo forman parte de la táctica y la estrategia en todos los casos a tratar, y hacen a la posición ética del profesional. Me refiero aquí a la ética más ligada al discurso del amo, aquella para la que rige el principio hipocrático *primum non nocere*, y de la que no debiéramos estar exentos si recordamos que sólo nos autoriza intervenir la existencia de un penar de más que produzca mayor sufrimiento que aquel que la defensa procura paliar. La diferencia está en la ética del psicoanálisis en que el sufrimiento se conforma también de goce, y esto introduce un costado paradójico en lo que por medio del síntoma, como respuesta que el sujeto elabora para defenderse de lo real, se satisface. Es decir, el síntoma puede ser una solución fallida porque acarrea mayor padecimiento para el sujeto, o no. Puede ser eficaz en su función durante un tiempo y caer o vacilar en determinado momento en el encuentro con lo contingente. Puede también ser efectivo y perdurar. La negación adaptativa mencionada en otro capítulo, y que describe la Psicología Paliativa, es un ejemplo en el caso particular de un paciente en cuidados paliativos, de una defensa que conviene no perturbar. Mismo argumento aplica para aquellos S1 que pudieron recortarse del discurso del paciente y que lo sostienen para sobrellevar las afrentas a las que se expone el cuerpo abatido por la enfermedad; incluso los tratamientos médicos indicados para controlarla. No obstante, tal como fue enunciado en el capítulo precedente, también están aquellos significantes que nombran algo del goce fálico y que pueden acentuar el padecimiento en la medida en que el sujeto cuanto más alienado al ideal más alejado del encuentro con la castración, y por ende, de la oportunidad del deseo. Retomo el extracto ya citado de La Tercera, que nos orienta a propósito de cómo intervenir en estos casos: *“si se alimenta el síntoma, lo real, con sentido, no se hace sino darle continuidad de subsistencia. En cambio, en la medida en que algo se estrecha en lo simbólico con lo que he llamado juego de palabras, equívoco, el cual implica la abolición del sentido, todo lo que concierne al goce, y especialmente el goce fálico, también puede estrecharse, pues esto no impide que se den cuenta del sitio en estos diferentes campos del síntoma”*(op.cit).

Será cuestión de detectar qué y dónde hace síntoma el sujeto sin comprender que es la enfermedad o la proximidad de la muerte necesariamente; pero simultáneamente sin olvidar que estas coordenadas pueden incidir en sus defensas preexistentes o producir nuevas creadas ad hoc, y que el universo simbólico-imaginario que lo contiene al estar más próximo a la realidad del morir puede verse conmovido o estar más o menos sutilmente sensibilizado. Con sensibilidad no me refiero a fragilidad sino más bien a permeabilidad; a lo rígido que se ablanda. Es la barrera protectora de estímulos teorizada por Freud la que se agrieta, y eso tiene efectos. Pero también puede ser una oportunidad; oportunidad como presentificación de algo distinto, de lo que sacude la repetición como automatón. Ocasión en la que la realidad del morir constituye un real que despierta.

El síntoma en el discurso analítico será lo que no cesa de escribirse de lo real. Si lo real cesa de no escribirse en el síntoma es porque lo real se escribe en el síntoma, pero nunca del todo. El síntoma insiste y podemos capturarlo por la repetición. Un bien decir aquí podría localizarse en ese decir que produce una interferencia en la serie que se repite, que nombra una diferencia por la cual al tiempo que se separa de la cadena significativa, señala una posición de enunciación que introduce un cambio respecto de lo que se repetía.

b) Angustia

Entonces, para el psicoanálisis el síntoma será no sólo una solución, una respuesta del sujeto, sino además una de las vías de acceso a lo real. Retomando su definición del síntoma como signo de lo que no anda en lo real, en La Tercera Lacan aproxima el síntoma a la angustia, afirmando de ella que es “el síntoma tipo de todo acontecimiento de lo real” (Lacan; 1974, p. 87). La irrupción del diagnóstico de una enfermedad terminal, y especialmente su avance irrefrenable ante terapéuticas que se vuelven fallidas, en muchos casos constituye una coordenada propicia para el “desborde angustioso”... un encuentro contingente con lo real (Lacan; op.cit, p.84) que despierta en la doble dimensión hipotetizada aquí: la de la muerte y lo real pulsional del parletre ante ella. Esta coyuntura puede atestiguar la caída del arreglo sintomático con el que alguien contaba para arreglárselas con la falla estructural, o el punto de

vacilación fantasmática o de retorno de lo reprimido en lo real; es decir, oficial como causa eficiente (Gurevich & Muraro, 2011) de la eclosión neurótica o la descompensación psicótica. El asunto está en dirimir el impacto en el ser hablante tras quedar trastocada esa solución. La angustia puede ser una señal de esa coordenada.

En RSI Lacan define a la angustia como “lo que del interior del cuerpo ex -iste cuando hay algo que lo despierta, lo atormenta” (1974-75; p. 30). Si la angustia es lo que no engaña (Lacan; 1962-63, p. 174), en una clínica de los Cuidados Paliativos orientada por el psicoanálisis, habrá que ver cuáles han sido las soluciones sutiles y cuál es el real **pulsional** que está en juego para cada quien cuando la muerte se insinúa en la vida a través de una enfermedad. *“La angustia es justamente algo que se sitúa en otra parte en nuestro cuerpo, es el sentimiento que surge de esa sospecha que nos asalta por reducirnos a nuestro cuerpo”* (Lacan, 1974). Esa sospecha que sorprende muchas veces acompaña el momento inicial de la comunicación diagnóstica de la enfermedad; y en ocasiones se va tornando menos sospechosa conforme el sujeto consiente a los signos que lo anuncian del pronóstico y la finitud. El deterioro del cuerpo se impone como una verdad, pero el sujeto puede elegir denegarlo para mantenerse a salvo cuando eso revela un insoportable; o bien confrontarlo y ponerlo a trabajar para poder hacer algo distinto con lo posible y no quedar fijado a lo imposible de solucionar. Ninguna de las dos salidas es gratuita. Con esto me refiero a que ninguna es sin pérdida; pero mientras la primera puede redundar en la impotencia, la segunda allana el camino de la castración y por ende, cierta reconciliación con lo imposible para dejar lugar a la posibilidad de algo más vital. Desde esta perspectiva, la defensa con la que responda el paciente puede ser en sí misma un tratamiento paliativo ante el sufrimiento, o bien, puede acrecentarlo o fijarlo siendo una barrera al encuentro con lo placentero.

Este recorrido enfatiza en el abordaje con el paciente, pero si consideramos la unidad de atención dual para los cuidados paliativos y nos centramos en el abordaje familiar, podríamos hallar que aquello que resulta paliativo para el paciente puede ser fuente de malestar para algún familiar. La Psicología Paliativa toma en su marco conceptual los desarrollos de las terapias

sistémicas, para desde allí, plantear intervenciones. Al respecto, el Psicoanálisis nos recuerda que cada individuo es una unidad en sí misma, que hay una dimensión de lo pretendidamente intersubjetivo que no es compartible que resiste a lo inter.... Y esto se palpa en estas diferencias entre uno u otro. Podrán existir posiciones cercanas en cuanto a las modalidades de responder ante lo que le ocurre al paciente y cómo eso incide en la dinámica familiar; pero hay un punto del sufrimiento, y en consecuencia, del modo de paliarlo, que permanece en el orden de lo singular, que puede no valer para otro sujeto, e incluso contraponerse. Que es intransferible y, como veremos, ineliminable.

En su célebre trabajo *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) Freud presenta una teoría de la angustia, ubicando al nacimiento como el acontecimiento paradigmático de una angustia automática, traumática, aquella que se produce por la invasión de estímulos a la que queda expuesto el recién nacido, y la necesaria dependencia de otro para subsistir. La diferencia de otro tipo de angustia, la que oficia como señal ante la amenaza de algún peligro para el yo, y que relanza un trabajo de defensa del aparato psíquico. Es sobre la primera que Freud acuña el término *Hilflosigkeit*, desamparo, para dar cuenta del estado de desvalimiento físico y psíquico, de prematuración del infans que pasa a estar en la intemperie.

Lacan vuelve al concepto de desamparo en su Seminario 7, a propósito del fin del análisis, y para dar cuenta de “la realidad de la condición humana”. Dice: “Es propiamente esto lo que Freud, hablando de la angustia, designó como el fondo sobre el que se produce su señal, a saber la *Hilflosigkeit*, el desamparo, en el que el hombre en esa relación consigo mismo que es su propia muerte—pero en el sentido en que les enseñé a desdoblarla este año—no puede esperar ayuda de nadie” (Lacan, 1959-60, p. 214).

¿Cómo pensar este desamparo en la clínica de los Cuidados Paliativos? Justamente en aquellos pacientes afectados por una enfermedad amenazante para la vida, cuando el avance es irrefrenable, se asiste a una coyuntura similar en la que se requiere cada vez de mayor cuidado de parte de otros para no morir. Mejor dicho, para no morir con sufrimiento... una ética del buen morir. Aquí yace una diferencia posible entre la angustia del desamparo del

nacimiento y la del fin de la vida: en esa verdad imposible de significar y de evitar. Estas referencias nos sitúan en una Hilflosigkeit estructural, fundante en el inicio de la vida y otra inevitable en el final, en la que a la presencia del Otro necesaria para la entrada se antepone la inexistencia del Otro... una soledad radical. Nótese que el Otro es el que se escribe con mayúsculas en esta apreciación, y no vale lo mismo para el otro con minúsculas. En muchos casos esos otros pueden ser el equipo de salud.

Encontramos una angustia que aparece al modo del desamparo y que muchas veces se traduce en el síntoma del miedo a quedarse solos y el pedido concomitante de permanecer acompañados. Hay un punto de esa angustia imposible de erradicar, no por impotencia del otro si no por la inexistencia del Otro allí y lo que no es posible de decir. Quizás éste pueda ser uno de los nombres del sufrimiento existencial, para el cual, al conformarse como síntoma refractario a otras estrategias de control, los cuidados paliativos proponen el recurso de la sedación paliativa². La casuística demuestra que estos cuidados en el final de la vida no se reducen a la atención médica, si no que conciernen especialmente a la presencia física de otro. Otro no cualquiera si no aquel que sepa escucharlo aun en el silencio, sin dejar de reconocer que allí puede existir un sujeto. Este es el descubrimiento que Cicely Saunders obtuvo de sus investigaciones y que dio nacimiento a la filosofía paliativa: que los cuidados propiciados por otro (no cualquiera, subrayo), pueden llegar a paliar algo de este sufrimiento inabordable por la palabra e imposible de erradicar... a sabiendas de que un resto de él inextinguible queda... como incurable. No obstante, es necesario no hacer del “morir acompañado” ni de la presencia como hecho terapéutico en sí mismo, ideales del profesional en la atención.

Entonces, ¿qué posibilidad para lo paliativo a través de la ética del bien decir?

² Es importante no confundir la sedación paliativa con la eutanasia. La eutanasia busca provocar la muerte para poner fin al sufrimiento a través de la prescripción médica de una droga letal que garantice la muerte. La sedación paliativa es la disminución deliberada del nivel de consciencia del enfermo, con el objetivo de evitar un sufrimiento insoportable causado por uno o más síntomas refractarios. No busca ni provoca la muerte la administración de medicación, si no el alivio del sufrimiento. Puede ser continua o intermitente según la duración, y profunda o superficial según la intensidad. Se ajusta a las necesidades del paciente. Estas categorías tampoco deben superponerse con la figura del Suicidio asistido.

Otro tipo de angustia pareciera estar en juego además de la referida al desamparo. Una angustia que no es exclusiva de la clínica si no transversal a todo ser hablante, pero abordable mediante la palabra no sin un cuerpo que la soporta; y que reviste algunas particularidades en el campo de lo paliativo. Se trata de aquella que se aproxima a la angustia señal freudiana y a la que desarrolla Lacan en el Seminario 10 (1962-63). La angustia que no es sin objeto y que por su estructura está enmarcada:

Allí dirá Lacan que hay angustia cuando irrumpe en el marco lo que ya estaba ahí, el Heim, el huésped que contiene lo hostil, pero que ha permanecido unheimlich "...la angustia tiene otra clase de objeto distinto del objeto cuya aprehensión está preparada y estructurada por la rejilla del corte, del surco, del rasgo unario, del es eso que opera siempre cerrando el labio, o los labios, del corte de los significantes (...)" (p 87). Es decir, el objeto de la angustia lacaniana no es el que se desprende del universo signifiante, sino aquel que designará como objeto *a*, que se recorta y cae de la operación de separación por la que se constituye el sujeto, cuando está extraído. Pero también que puede llevarse en el bolsillo, como en las psicosis. El objeto *a* hace cuerpo, pero permanece como éxtimo, y cuando algo de él se presentifica la angustia nos lo señala. "Súbitamente, de golpe- siempre encontrarán ustedes este término en el momento de entrada en el fenómeno de lo unheimlich" (p 86). Súbitamente... esta angustia conlleva algo de un impacto sorpresivo en la antesala. Más adelante agrega "La angustia es este corte sin el cual la presencia del signifiante, su funcionamiento es impensable. Es este corte que se abre y deja aparecer lo que ahora entenderán ustedes mejor, lo inesperado, la visita, la noticia. Lo que expresa bien el término presentimiento (...) como lo que está antes del nacimiento de un sentimiento" (p.87). Esa opresión en el pecho, la falta de aire que no responde a lo orgánico, las dificultades para conciliar el sueño, una "rareza" para la que aún no aparecen palabras, eso que produce afectos difíciles de localizar... estas son algunas modalidades particulares con las que los pacientes en cuidados paliativos presentan la angustia. Verán que no difieren de las que cualquier otro ser hablante pueda enunciar, y nada dicen de la singularidad de la angustia de cada uno. Es que la diferencia subyace más bien a las coordenadas bajo las cuales el Heim entra en escena, signadas por ese encuentro entre la realidad del morir que puede

instituirse en la muerte como un real y lo real en cada ser hablante. De ese encuentro, siempre singular, dependerá la envoltura formal del sufrimiento, y por lo tanto también lo paliativo será a construir uno por uno.

Sin generalizar, pero en el intento de precisar algunas particularidades, en el campo de los cuidados paliativos suelen ser coyunturas precipitantes de la angustia las escenas vinculadas a la comunicación diagnóstica o pronóstica, el resultado de algún estudio, el primer encuentro con una limitación en la capacidad autónoma o con la pérdida de funciones orgánicas que se tienen naturalizadas, la muerte de otro, la pérdida de roles ocupaciones en los que se sostenía el ser; entre otros. Sin embargo, al igual que se planteó para el caso del síntoma, habrá que dilucidar cuál es el real en juego para cada quien, el real con ley y el real sin ley, cómo se compone el marco significativo por el que se hace representar el sujeto y que contiene al objeto *a*. La angustia, en este segundo sentido, será aquella que emerge cuando algo de esa articulación significativa-objeto vacila o se rompe.

Se suele decir que la angustia no engaña porque es la que nos orienta hacia la pregunta del sujeto por el deseo; pero bajo esta lectura podríamos decir que no engaña porque es índice también de lo real y de cómo el sujeto se las arregla para hacer con eso. Localizar el punto donde la cosa deja de funcionar, en este caso, en el marco de una enfermedad amenazante para la vida, podría darnos la pista de la causa y la solución fabricada por el sujeto ante el padecimiento. Sintomatizar la angustia implica ese ejercicio de localización a partir de los dichos del paciente. Esta sería una posición equivalente a la de desangustiar o “controlar el síntoma” desde el discurso del amo: en el discurso analítico no se trata de erradicar la angustia. Por el contrario, paliar la angustia será hacer surgir la pregunta, hacer consistir el síntoma (Laurent, 2003). De hecho, cuando el síntoma no consiste, la angustia persiste y se agudiza.

Paliativo o producir lo incurable mediante un bien decir

Retomando y concluyendo, siguiendo a Miller cuando postula que el psicoanálisis aplicado es el que concierne al síntoma, cabría preguntarse cuál será el síntoma en cuestión en estos casos. Desde el paradigma de los cuidados paliativos vimos que en la dimensión psicológica de síntomas a “controlar” se da por sentado que los mismos responden a la afectación producida por la enfermedad y la posibilidad de la muerte. El síntoma se pluraliza, alcanzando distintas significaciones de acuerdo a las diversas disciplinas que intervienen: se habla de síntomas físicos, sociales, espirituales y psíquicos. Es particularmente sobre estos últimos que “los psi” paliativistas tienen un rol principal, y es común que la angustia sea el nombre con el que el discurso del amo signifique la especificidad del síntoma en su estatuto psíquico; pegando angustia a tristeza y llanto, o algún otro sentimiento displacentero. Una interpretación común en este campo es equiparar el síntoma “psi” a la angustia por la inminencia de la muerte que la irrupción de la enfermedad promovería. Una intervención que se acopla con esa lectura es la de suponer que el paciente debería hablar de la enfermedad, de lo que ella perturbó en su vida, para “tratar” esa angustia y adaptarse a la enfermedad.

La propuesta del psicoanálisis lacaniano, al sostener otra concepción del cuerpo, del síntoma y de la angustia, pero también del sufrimiento, produce una definición de lo paliativo que al mismo tiempo que se diferencia de lo incurable, lo incluye. El psicoanálisis aplicado al campo de los Cuidados Paliativos tiene entonces un lado terapéutico que es fundamental y por el que se apunta al alivio del padecimiento. Pero no deja de apostar a un más allá, a algunos movimientos en la posición subjetiva, a un vaciamiento de aquellos sentidos coagulados en el Ideal, a desinflar el goce fálico siempre mortificante, a localizar el empuje de la pulsión y que algo deje de repetirse ... aun cuando los tiempos biológicos se estrechan. Mejor dicho: sobre todo ahí. Apostar a un más allá de lo puramente terapéutico implica también en el campo de los cuidados paliativos poder precisar lo incurable de nuestra condición de mortales y de parientes gozantes, un imposible allí, para dar lugar a otra cosa... a lo posible y lo vital.

Ya lo recordaba Lacan en una intervención luego de la exposición de Andre Albert sobre la regla fundamental: "(...) nuestra intención no es esa, no es en absoluto llevar a alguien a hacerse un nombre ni una obra de arte. Es más bien

algo que consiste en incitarlo a pasar por el buen agujero de lo que a él se le ofrece como singular" (1975 b, p. 11).

Conclusión

La ética del bien decir puede ser una vía regia para producir lo paliativo y ceñir lo incurable; y la repetición, en tanto índice de la relación del sujeto con lo real, el anzuelo del bien decir. La repetición en las dos dimensiones que teoriza Lacan en su Seminario 11(1964a, pp. 61-72) Por un lado, como automaton: aquella que traduce la ley de insistencia de la cadena significativa que da cuenta de la autonomía de lo simbólico, la desvitalización del sujeto y su determinación por el significante; lo que sería una repetición con ley. Por el otro, y especialmente, como tyché: una repetición referida al real sin ley (G. Racki, 2024), aquella que despierta del automaton, que es golpe, que apresa un indecible, que alude a lo que se reitera no como repetición significativa si no como trauma contingente a partir del cual se inicia el desarrollo repetitivo del sujeto. Un bien decir que encarne la repetición como tyché será aquel que nombre una elección subjetiva, no ya de los significantes del discurso del Otro, si no del real que traumatiza... elección singularísima en tanto concierne al objeto a y el plus de goce.

CAPITULO VI

Casos

Introducción. *Recapitular el contexto*

Los cuidados paliativos constituyen un modelo de atención interdisciplinario y holístico, en aquellos casos en los que existe una enfermedad amenazante para la vida, grave, progresiva y limitante, más allá de que exista o no tratamiento curativo. El principal objetivo es el alivio del dolor y del sufrimiento, ocasionados por la presencia de una enfermedad que trastoca las modalidades habituales de vivir. Orienta su praxis el control de síntomas (ocasionados por la misma enfermedad o los tratamientos prescritos), el trabajo interdisciplinario y la unidad de atención paciente-referentes socioafectivos. Desde este marco, los síntomas y el padecimiento se entienden desde un enfoque multicausal, atravesados por factores físicos, psíquicos, sociales y espirituales. Se promueve una ética que, cuestionando el modelo médico hegemónico y las prácticas de encarnizamiento terapéutico, procura recuperar los principios bioéticos de la beneficencia y autonomía del paciente, en pos de promover una “buena muerte”, y garantizar el derecho a decidir.

El equipo del cual formo parte, conformado por Trabajadoras sociales, psiquiatra, psicólogos, enfermeras, médicas y terapeuta ocupacional, pertenece a un hospital Público de la provincia de Buenos Aires, y es referente en el campo. Pionero en la atención domiciliaria, se ofrece atención en dispositivos de internación domiciliaria, hospitalaria, interconsulta y consulta ambulatoria. El inicio de nuestra intervención se formaliza a través de una “Entrevista de admisión”, que puede realizarse con la familia a solas, con el paciente a solas, o con ambos; de acuerdo a la particularidad clínica del caso. Siempre se lleva a cabo en equipo interdisciplinario, al igual que las consultas e intervenciones subsiguientes; independientemente del dispositivo del que se trate. No obstante, en algunos casos, y en un segundo momento de evaluación, existe la posibilidad de separar espacios de trabajo individual y disciplinar, si la lógica del caso lo requiere, sin perder la continuidad interdisciplinar. Esto fue lo que

sucedió en los casos presentados a continuación, aunque con varias diferencias en el proceso de atención.

Con C. no participé de la entrevista de admisión que fue con la familia, tampoco de posteriores reuniones familiares. Con M. sí. El inicio de la atención de C. fue en internación hospitalaria, el de M. domiciliaria. Ambas fueron derivadas por servicios de oncología tratantes: C. del mismo hospital, M. de otro hospital. En C. se dio una derivación temprana, lo que posibilitó una duración de la atención de un poco más de un año. En M. no superó los seis meses.

Veremos que el curso propio de la enfermedad y su impacto en el organismo condicionan las modalidades de intervención, pero es la posición subjetiva la que define y marca lo que se pueda hacer allí... no sin la presencia del practicante. Con su cuerpo puede operar como soporte y superficie de inscripción y circulación de lo real en las dos acepciones otorgadas en el capítulo 5: lo real en la muerte como lo imposible de inscribir y revertir, y lo real pulsional como el goce que insiste.

El escenario: lo insondable del morir.

CASO C

La entrada al circuito

En función de lo conversado con el equipo paliativo sobre el primer contacto con el caso a través de la entrevista de admisión que hicieron la familia, y lo escuchado en el modo en el que el Servicio de Oncología realizó la interconsulta, consideré pertinente correrme un poco de que el primer contacto del equipo con la paciente sea interdisciplinar, y decidí tener esa primer entrevista, a solas.

La primera entrevista con C. fue en la cama del hospital.

Con dieciséis años ya llevaba a cuestas varias hospitalizaciones desde sus quince. El diagnóstico se suscitó de manera intempestiva luego de comenzar con fuertes dolores durante unas vacaciones familiares. Un tumor maligno en los ovarios fue el responsable del inicio de su enfermedad. Previamente, las irregularidades en el ciclo y algunos dolores menores habían llamado su atención, pero la familia creía que podía estar embarazada. Es que la relación con ellos y sus hermanos estaba “tensa” por algunas “cagadas” que se había mandado en la escuela.

El diagnóstico arribó conjuntamente a una operación de urgencia, en la que deciden extraer el ovario y la trompa del útero, previo consentimiento de los padres. Le siguió el inicio de tratamiento quimioterápico, y en el medio, cambios. Cambios de médicos tratantes, cambio de escuela. Obligada por sus padres, tuvo que dejar atrás la escuela en la que había encontrado un lugar de pertenencia, y amoldarse a otra, sin animarse a cuestionarlos. Siguiendo los protocolos, la oferta médica fue la quimioterapia con fines curativos sin mucho tiempo ni lugar para la información. Ella tampoco preguntaba.

Culminado el ciclo de quimios, tuvo unos meses de “descanso”, pero en uno de los controles el aumento de los marcadores tumorales indicó la recidiva. Otra vez la masa, otra vez una operación que no logra extraer por completo el tumor. Según su madre, C. no lo sabe... no quisieron decirle. A esta altura ya comienza a ser atendida por el Servicio de Oncología del HIGA Rossi, quienes deciden la derivación temprana al Servicio de Cuidados Paliativos. En este contexto, comienzo a verla.

Lo real que despierta

“La enfermedad avanza más rápido que los tratamientos” fue la sentencia pronunciada por oncología a los padres de C. La derivación a Paliativa le llega al equipo de parte del Jefe de Servicio de Oncología, quien se nota particularmente conmovido por el caso; tomando en la transferencia una posición paternal. Es lo que suele sucederle a este médico con pacientes jóvenes; un rasgo que condiciona el estilo que imprime en sus intervenciones (el manejo de la información con el paciente y su familia, la administración de recursos y modalidades de la terapéutica, etc). ¿Acaso es posible eludir la subjetividad del médico en el ejercicio de su poder?

El consentimiento informado recae esta vez sobre el inicio de una quimioterapia paliativa, cuyo propósito es “frenar” la enfermedad y “encapsular” el tumor. Con esas palabras se lo comunican a C. y a sus padres. Una cirugía no sólo no sería efectiva, sino que además implicaría muchos riesgos.

Esta vez la caída del cabello deja agujeros en la cabeza difíciles de disimular. La angustia por quedar pelada marcó nuestro primer encuentro. Conteniendo el llanto me cuenta que tras el diagnóstico la habían mandado a la psicóloga. Fue a algunas entrevistas, pero algo allí no funcionó. “No soy de hablar mucho... no me gusta llorar delante de otros”. “Se hace la fuerte, no quiere decir que le duele”, fueron las palabras de su madre en la entrevista de admisión. Nunca habló del tema con su mejor amiga. Eludir la enfermedad fue una respuesta que la sostuvo hasta entonces, cuando, con la caída del pelo, algo de ella pareciera empezar a caer. Le ofrezco iniciar un espacio, nuestro. Separado de lo familiar y lo médico. Consiente.

El segundo encuentro también será en el hospital, pero no ya desde una cama. Le dieron el alta y ella prefiere que la veamos por consultorio y no en su casa. “Fiestera”. Así se define, así la reconocen los otros. Gustosa de juntadas y ducha en la organización de festejos, la pandemia vino a poner un freno a ese semblante, pero la llegada de la enfermedad, también. Quebrada por la angustia, reiterará la pregunta sin respuesta “¿Por qué tiene que haber una

enfermedad para que una persona sea más demostrativa?”. Sin llenar el vacío, respondo con el silencio.

Reconoce que a partir de la enfermedad hubo un antes y un después, no sólo para ella sino también para su familia. Los nota distintos, más cariñosos. Más “unidos”, pudiendo dejar a un lado algunas diferencias. Esto le gusta, pero no entiende por qué... “¿Por qué tengo que estar enferma para que me abracen?” Señalo que hay personas que eligen demostrar sin una enfermedad y otras que no lo hacen, aún con una enfermedad; en un intento por agrietar ese sentido pegoteado.

De allí en adelante, las próximas entrevistas oscilarán entre la presencia y la virtualidad, debido a las dificultades para continuar viéndola en el hospital y el pasaje al dispositivo de internación domiciliaria. Intentar fijar una frecuencia resultó una estrategia fallida: un poco por las intermitencias de sus sesiones de quimio, luego de las cuales el cuerpo no resistía el trabajo vía la palabra, otro poco por su posición escurridiza, no respondiendo a las videollamadas u “olvidándose”. ¿Hasta dónde insistir en el espacio?

Esta inconstancia en su modo de estar se replicará en las indicaciones del tratamiento para el dolor desde Paliativa: manifiesta preferir siendo atendida de modo ambulatorio en el hospital, pero falta a los turnos; resiste tomar la medicación para el dolor o para los efectos adversos de las quimios; convoca al equipo en lo agudo de los síntomas cuando la dificultad para controlarlos es tal que requiere una internación; etc.

Presencia y virtualidad, hospital e internación domiciliaria, cuerpo devastado y posición escurridiza. Fijar los encuentros: un ideal. El apuro de mi lado. “El psicoanalista debe constantemente analizarse a sí mismo”, decía Freud.ⁱ

Efecto retorno

Un asunto comienza a insistir en su discurso: la mirada y la opinión de los otros. El turbante delata lo que quiere ocultar. La recidiva de la enfermedad fue correlativa de un repliegue social y afectivo que empieza a incomodarla. Prácticamente no usa el celular, pero sí espía a los otros y le duele lo que ve. Se pregunta por qué no la visitan tan seguido, por qué no le cuentan sobre juntas. Se queja, dejando al otro como culpable. Escuchar esta repetición me

lleva a preguntarle sorprendida “¿Se juntan y no te invitan?!!!” Entre risas, dirá: “me dicen pero yo no respondo... no quiero que vengan a verme...”. La enfermedad aparece como un tema intocado, incluso con sus mejores amigos, le molesta que no le pregunten pero ella tampoco da el lugar, se esconde.

Varias entrevistas girarán en torno a este punto, sintomatizándose tanto la incidencia de la mirada del Otro, como su silencio y distancia cuando algo le incomoda. “Qué contradictoria! Confundís un poco al otro con los mensajes que das!”, le marco. “Me molesta que no hablemos como antes, pero por ahí soy yo la que se aisló un poco....”. Fin del escondite.

Bien decir

A partir de entonces hace algunos movimientos en el modo en el que venía sosteniendo la relación con sus pares, y comienza a mostrarse un poquito más. Advertir aquello que procrastina le permitirá hablar en el espacio, no ya de cómo la enfermedad introdujo un cambio en las relaciones y el trato con los otros, sino cómo trastocó su percepción de la imagen corporal. Conocer en quimio una chica, “así joven como yo”, despierta su curiosidad y la conduce a buscarla en redes. Encuentra una publicación en la que testimoniaba su enfermedad; y a partir de allí tiene una ocurrencia que comparte sin animarse:

“-Estoy pensando en subir una foto mía, así como estoy ahora, y contar lo que tengo.

-Lo que tenés?

-Sí.... Porque no dicen la palabra, yo tampoco la digo, siempre es “lo que tengo”. Por ahí llamarlo por su nombre, Cáncer, lo haría más real... y yo podría terminar de asimilarlo... porque a veces como que lo niego. Y que los otros sepan lo que tengo, o cómo me veo ahora... bueno en realidad los otros saben ya... pero no me vieron así”.

La identificación con aquella otra paciente inaugura una ocurrencia con estatuto de invención: la finalidad no recae en dar testimonio de vida ni en que le sea útil al otro. Lo interesante yace en el uso singular que C. podría hacer de ello: por un lado, acercarla a su enfermedad; por el otro acercarla al otro sin tantos supuestos sobre lo que esos otros pensarán. Admite que se pierde de juntadas, de lo divertido y lo fiestero con sus pares, por la vergüenza a mostrarse así,

pelada, más adelgazada, con los signos del cáncer en el cuerpo. Su temor: Que el otro le tenga lástima.

Se escucha que aquello de exponerse en las redes sociales constituiría para ella un modo de conmovir cierto impedimento, consolidado por la irrupción de la enfermedad, pero presente más allá de ella en el modo de hacer lazo con los otros. “A la enfermedad la tomé como algo que hace que tenga buena relación con mi familia”, pero acentuó las dificultades para sostener la relación con pares.

Las “cagadas” que motivaron el cambio de escuela estuvieron signadas por un periodo de consumo al que accedió por no tener un grupo de pertenencia. “Nunca me pude abrir con nadie, me sentía bastante sola y todo me afectaba el doble”. Siempre le gustó la danza, y es una de las cosas que está postergando, pero recuerda todas las clases que se perdía porque si no era con su amiga, ella no se animaba a ir sola. En esta misma línea, aparecen otros espacios de su interés que dejaba caer por vergüenza. La “timidez” pareciera ser un rasgo que en ocasiones representa para ella un síntoma, y que contrasta demasiado con el “fiestera”.

Signos de implicación

El cuerpo se enciende y la espera se derrite. Una nueva tomografía revela que la última sesión de quimio tuvo efectos favorables sobre el tumor pero en las imágenes hay nuevos nódulos. Mientras que su madre festeja el resultado, a ella le preocupa que el siguiente ciclo le toque en la semana de su cumpleaños. “Mi mamá se puso contenta pero yo prefiero no hacerme ilusiones porque esto ya me pasó. El año pasado supuestamente había terminado y después volvió todo de nuevo.... Me dijeron que eran seis ciclos, terminaría en julio, pero yo no sé qué va a pasar. Me doy cuenta que hay cosas que quiero hacer y no las hago porque espero hacerlas cuando esté sana, y no sé si alguna vez voy a estar curada”. En la medida en que C. decide hablar del cáncer empieza a poder preguntarse en el espacio sobre el pronóstico, los tratamientos, la causa de los síntomas. Solicita ella una entrevista a solas con el oncólogo, busca interconsulta con otros equipos de oncología, pide espaciar la quimio para que no coincida con su cumpleaños. Y ese mismo día, publica en su Instagram una

foto suya, actual, con su top favorito, aunque deje ver la cicatriz de la cirugía. La acompaña de un texto en el que habla del cáncer, el suyo... cómo ella lo puede transitar. Y lo comparte conmigo en la sesión. El oncólogo desplaza la culminación de la quimioterapia, de julio a diciembre. C. acepta, no sin hastío. Un período libre de síntomas la incentiva a vivir: viaja, retoma la escuela, las juntas, danza, coquetea con un chico, se embellece. Se escurre otra vez de las sesiones. La dejo, sin soltarla.

Lo imposible de decir (ante una insondable decisión)

El recomienzo de otro ciclo de quimio coincide con la reaparición de los síntomas; señales en el cuerpo de la progresión de la enfermedad. “Ya no hay nada más para hacer” es el diagnóstico de oncología a sus padres. Su “status performance” indica que no resistirá más quimioterapia. ¿En algún momento le habrán preguntado a C. si quería continuar, a sabiendas del pronóstico? El médico-padre piensa en la posibilidad de hacer “quimio placebo”, y en el momento más complicado del caso, cede el mando a otro oncólogo del equipo. Desde Cuidados Paliativos, se trabaja mucho con él sobre el manejo de la información y la comunicación con la familia y con C., quien se muestra interesada por saber qué más se puede hacer. Pese a conocer la respuesta, el oncólogo indica nuevos estudios, en el afán de transmitir el veredicto con un papel que mediatice su propia angustia. La familia ya lo sabe, pero algunos eligen seguir aferrados a la existencia de un “milagro”. La diferencia en los tiempos subjetivos de asimilación de la información, o su negativa, muchas veces incordia al médico quien se queja de ya haberlo dicho reiteradas veces o de diversas maneras. En ocasiones el escenario es ese, pero muchas otras, se constata que lo que se transmite efectivamente dista de lo que quieren transmitir. Puesta en acto del malentendido estructural.

En nuestra última sesión, en su casa, en su cama, C. puede localizar la angustia que le oprime el pecho en el miedo. No teme a la muerte, ni lo que con ella sucede. Más bien se trata del miedo por los que quedan. Principalmente su madre y su hermano pequeño. Y allí, en sus últimos días, formula una pedido: “No quiero sufrir”. La oferta de tener una entrevista con su

madre y su hermano, la tranquilizan. Pacto implícito que sella su consentimiento con el fin ante la insondable decisión del morir.

CASO M.

Transferencia de trabajo

Cuando conozco a M. el exceso brotaba en su modo de expresar el sufrimiento. Fue a partir de una actividad clínica de la residencia en la que me invitaban a conversar sobre los cuidados paliativos. Estaban recibiendo muchas interconsultas de otros Servicios del hospital por pacientes “angustiados” por una enfermedad amenazante para la vida. Los Cuidados Paliativos emergían como pregunta del quehacer del practicante del psicoanálisis allí.

El servicio de Oncología había pedido la IC a Salud Mental por M., quien cursaba internación por descompensación clínica de su enfermedad de base: cáncer de cuello de útero. Hacia un año le habían dado el diagnóstico cuando consultó por hemorragias. Hizo quimioterapia y estaba a la espera de rayos, pero ya no tenía posibilidad quirúrgica ni curativa. Algo que sabían sus hijos, pero no ella.

M. hacía fuertes crisis de llanto en las que se tiraba al piso, pataleaba, y en ocasiones se negaba a los procedimientos médicos. De entrada fue un sufrimiento desbordante y su postura negativa lo que impactó a las colegas y lo que hacía de principal escollo para pensar una dirección de la cura. Algo “viscoso” escuchaban ahí. Estaba “agarrada al sufrimiento”, y de los pocos decires que soltaba, dos significantes se oían pesados: lo “irreproducible” que le habían comunicado los médicos respecto de su enfermedad; y el “miedo”, del que no podía precisar más. Era un “miedo a todo”. No quería escuchar nada sobre la enfermedad. Tan sólo “Estar bien de ánimo”, pero no podía, “llora por todo” y el desgano la aplastaba. No es la primera vez que le sucede. Ha tenido periodos previos al diagnóstico, de estar tirada en la cama.

Escuchando el peso de lo irreproducible pegado a la enfermedad, la practicante había tomado la vía de lo vivo indagando algunos asuntos de su vida. El efecto fue de alivio, aunque los datos quedaban sueltos. M. no los entramaba a ninguna historia.

Tras el alta, continuó en entrevistas con la colega, quien atenta a lo irreproducible, intentaba localizar un poco más lo que se repetía en su discurso: el miedo. En casa las crisis seguían, y en cada una de ellas el cuerpo se le desarmaba. Aunque el miedo generalizado va acotándose: tiene miedo de “no aguantar porque se siente débil”. Sabe que “Tiene cáncer y **uno se muere con eso**”. La escritura que había iniciado para ir registrando sus dolencias físicas se detiene ahí.

Al mes de aquella actividad, me entero que la oncóloga realizará la derivación al equipo de CP de mi hospital. M. dice a la practicante: “Con paliativos es verdad que me voy a morir”.

Mortificada

Participo de la entrevista interdisciplinaria de Admisión a la atención paliativa, a la que acuden dos de sus cuatro hijos. Están muy preocupados porque M. no para de repetirles que quiere morirse. No quiere hacerse más tratamientos, pero ellos le insisten y le ocultan información para no “deprimirla” más. Pasa sus días en cama o en el piso, cuando las crisis la devastan. Por eso decidieron llevarla a vivir con ellos, para poder cuidarla mejor. No se queja de dolor pero sí de debilidad. Se niega a comer. Se niega a cualquier oferta que venga del otro. Excepto del inicio de la intervención del equipo de paliativos para atención domiciliaria, a la que accede.

La primera vez que conozco a M. cuerpo a cuerpo, el suyo yacía acurrucado en la cama de su nieto. En posición fetal, temblorosa, apenas nos dirigía la mirada. Aferrada al sufrimiento, tal como lo habían escuchado las otras practicantes, así la escuchaba. Así se hacía oír. Le dolía existir. No era un llanto desgarrador, más bien un penar monocorde con el que apenas articulaba algún dicho que insistía en un “no quiero vivir más así”. Lo que en la jerga de la psicología paliativa se conoce como Sufrimiento existencial. Así aludía a la *debilidad*. Siente el cuerpo débil, tiene náuseas, no puede dormir, se siente cansada. No obstante su debilidad no se corresponde con lo que desde el discurso médico se observa a nivel del status performance: es una paciente que dirían está “bastante entera”. Para M. la debilidad es la causa de todos sus

impedimentos. Tiene miedo y tiene "crisis" que inician a partir de alguna dolencia física que desencadena pensamientos relativos al fracaso de los tratamientos y a la muerte, y se continúan con agitación corporal. En ellas vocifera querer morirse y cae al suelo. El cuerpo se le cae. Ella se deja caer.

Insistir con el significativo miedo y debilidad que son los que se repiten, producirá algunos otros decires: teme a la muerte por los que quedan y por lo que ella se perdería de la vida: el tiempo con sus hijos y nietos, pero el saberse enferma le resulta insoportable. Cree que si deja el tratamiento oncoespecífico se va a morir y sus hijos no se lo permiten. Duda sobre esto. Tiene que hacerlo por ellos, pero lo cierto es que ya está muy cansada. Paradójicamente es para lo único que se levanta de la cama, lo que organiza su día: la salida a radioterapia. Le propongo, en continuidad con ese espacio íntimo que tenía con la otra practicante, poder armar otro propio, por fuera de lo interdisciplinario, para conversar sobre estas decisiones. M. acepta, y arrancamos.

Lo que chirría

El caso suscitaba en el equipo muchas preguntas acerca de cómo paliar ese sufrimiento desbordante; sobre todo porque no eran los "síntomas físicos" los que primaban: estaba viva pero subjetivamente moribunda. Llegando incluso a plantearse la posibilidad de una sedación paliativa si ese dolor de existir no mermaba. M. había iniciado un tratamiento psicofarmacológico en el otro hospital, pero no lo estaba cumpliendo con regularidad. La intervención del psiquiatra del equipo de paliativos fue necesaria para reordenar este punto, indicando a la familia la supervisión de la medicación. ¿Sufrimiento existencial o síndrome depresivo mayor? Era el dilema diagnóstico en el equipo.

Corriéndome del lugar de dar una respuesta a esa pregunta, planteo al equipo la necesidad de introducir un tiempo para escuchar la posición de M. ante nuestra intervención, ante el efecto del psicofármaco, y especialmente, para consolidar la transferencia con el espacio con psicología. También aportó la distinción entre su posición subjetiva y un diagnóstico de estructura psicopatológica y de sintomatología, con el objetivo de despegar la singularidad del sujeto de la particularidad generalizable de su situación de enfermedad.

Dos consideraciones fueron necesarias para propiciar la transferencia: por un lado, posibilitar en el inicio de la atención que M. recurra al espacio con la practicante del otro hospital si quisiera, manteniéndome en contacto con ella; por el otro, mantener comunicación con el oncólogo tratante para ser cautelosos en la estrategia de comunicación pronóstica y poder tener un seguimiento más cercano de la respuesta subjetiva de la paciente ante esa información.

La frecuencia y modalidad de los espacios se definía vez a vez en función del dispositivo de atención por parte del equipo paliativo y la disposición de M; siendo al inicio y al final, más seguidas y con mayor presencia. Entrevistas en el domicilio, telefónicas a través del teléfono de la guardia, en la habitación del hospital cuando requería de la internación hospitalaria. Una vez a la semana, cada quince días, dos veces en la semana. La versatilidad y flexibilidad del encuadre pero sosteniendo con firmeza la presencia sobre todo allí, cuando M. se ahogaba en el sufrimiento.

Primer movimiento: culpable

Algo de su historia comienza a tejerse al tirar del ovillo del miedo. Dirá que este afecto la acompañó en su “vida difícil”.

Siendo la mayor de tres hermanos, fue quien se ocupó del cuidado de su madre esquizofrénica hasta su muerte. Siempre esperó de aquella un “amor de madre”, algo que nunca encontró, pero que se ocupó de ofrecer a sus hijos. Desde ese lugar construyó su propia maternidad.

Es su madre quien la expulsa de casa cuando en su adolescencia queda embarazada. Decide irse a vivir con el padre de sus hijos, un hombre adicto al alcohol y a las mujeres, ante el cual queda completamente objetalizada. Allí se detiene. Como si lo que siguiera fuera irreproducible. Concedo ese freno. Y el silencio da lugar a una suerte de confesión: “me merezco esto que me pasa.... Tenía que pasarme por lo que hice mal en mi vida”. Recuerda que cuando le comunicaron el diagnóstico de cáncer de útero pensó que era un castigo por los abortos que decidió. La médica intenta revertir esta significación marcándole “¿No pensás que los cuidados que recibís ahora es por todo lo bueno que hiciste por tus hijos?”. Indialectizable en su culpabilidad M. le

responde que no puede verlo así. Decido no ahondar en ese momento en ese punto de su historia. Le doy lugar a su hipótesis del castigo, sin dejar de señalarle que quedarse fijada en la culpa le está impidiendo disfrutar de algunos momentos. Es lo que ella nombra su “nube negra”.

M. contacta a la otra practicante para pedirle una entrevista. Le cuenta que el equipo de paliativos empezó a visitarla en su casa, y esto le trae mucho alivio. También que pensó algunas preguntas que quisiera hacerle al oncólogo: cuánto tiempo de vida le queda, a qué se debe el bienestar que siente, si es lo que antecede a la muerte. La practicante enfatiza la importancia de que pueda hacerse estas preguntas pero también de “aprovechar cuando se siente bien”; intentando limitar sus regodeos en respuestas que la anclan a lo mortificante. Si bien sabe que puede seguir contactándola, allí culmina el espacio con ella.

Segundo movimiento: encendida

Se inaugura un período de notoria mejoría clínica y anímica. Puede terminar la radioterapia y sigue en controles oncológicos. Ahora sabe que no hay posibilidad de operación y que tampoco puede volver a hacer quimioterapia. Pregunta reiteradamente si se va a morir. Sugiero al equipo médico poder darle una respuesta cuidada, pero no evasiva. M., que ante la amenaza de la muerte respondía dejándose caer en sus crisis, ahora podía dirigir a otro una pregunta; movimiento que la sacaba por un momento del lugar de objeto. La médica avanza en información comunicándole que por ahora su enfermedad no compromete ningún órgano vital ni es esperable que la muerte acontezca en lo inmediato. Escuchar esto la alivia.

Y entonces, aprovecha: a levantarse de la cama cuando el cuerpo no está tan débil, a visitar su casa, a reunirse con sus hijos, a colaborar con la limpieza, a jugar con sus nietos, a celebrar su cumpleaños. Los “bajones” aparecen, pero no bajo la forma de crisis, si no localizados en los pensamientos que elucubra cuando siente algo extraño en el cuerpo; y es sobre esto que se trabaja en las sesiones: “el mismo tumor puede producirme el cansancio y el dolor” - “el tumor va a seguir estando ahí”. “Tengo cáncer”. Por primera vez habla de su enfermedad ante otros en una red social, el día de su cumpleaños,

testimoniando su “lucha”; e imagina retomar un proyecto que dejó cuando empezó con los síntomas: terminar la secundaria.

Retorno de lo irreproducible: incendiada

Algo de lo irreproducible se vuelve reproducible bajo transferencia, pero la nube negra acecha y M. queda atrapada en ella cada vez que el cuerpo levanta campamento. Los síntomas físicos vuelven a entrar en escena. La fiebre y el dolor de piernas son la antesala de una trombosis por la que requiere internación hospitalaria y controles sanguíneos diarios. Luego una infección urinaria, y algunos días después inicia con un nuevo dolor en la cara. Intercurrencias propias del curso de su enfermedad y síntomas que dan cuenta de su progresión. Los estudios lo confirman. Tiene metástasis hepáticas y óseas. Ella decide esperar la consulta con el oncólogo para que sea él quien le comunique los resultados. Las crisis retornan. Pero esta vez, el cuerpo está muy débil para dejarse caer al suelo. El sufrimiento la invade. Vuelve a ser la M. del inicio. Vuelve a caer.

Llora. Pide morir para no seguir sufriendo. Ya no está “entera” para el discurso médico. Su sufrimiento desborda a la familia, y continuar con el seguimiento en domicilio incrementa el padecimiento. M. se siente una carga. No soporta que sus hijos tengan que asistirla permanentemente. Siempre había sido ella quien los cuidó. Cuidar del otro le daba un ser. Vuelve a internarse en el hospital.

Su penar de más rebalsa en mi escucha. El pedido repetido de morirse y lo indialectizable del sufrimiento me desorienta y aplasta. ¿Qué sería lo paliativo a producir en este caso? ¿Hay algo que pueda decirse o conviene silenciarme y limitarme a escucharla? ¿Esta posición no alimenta su identificación al objeto de desecho? El famoso e impreciso “acompañar” que equivocadamente se espera del psicólogo ahí, me sabía a poco: No es lo mismo querer el bien del sujeto que insistir para que de su bien decir. Pido un control.

Cuidado paliativo

¿Qué es lo que mata a M.? El significativo *cuidado*, decanta en el control como un S1 digno de hacer consistir; digno, porque conlleva la dignidad del arreglo

del sujeto. ¿Cómo ayudarla a encontrar una posición subjetiva con un cuerpo que se incendia? Intervenir apelando a lo simbólico resultaba con M. una vía infructuosa. El control plantea una estrategia a partir de localizar aquello que no estaba pudiendo oír: no querer seguir viviendo así, en este momento, era su única enunciación. Era el mismo dicho del inicio, pero su realidad había cambiado. La muerte estaba más próxima y M. más advertida. Lo real más descarnado. Una salida posible vía lo imaginario se convierte en la apuesta.

Alojar su decir e insistir con el cuidado. La nombro como alguien muy cuidadosa; señalándole que su “no querer seguir así” es un signo de cuidado, de cuidar al otro y de que el otro no la vea así.

Recuerda algo que le dije cuando conversamos sobre los tratamientos: que podía decidir qué sí, qué no, hasta dónde. Entonces, vuelve en ella la pregunta sobre la causa de la enfermedad, pero ahora va un poco más allá de la versión culposa que la fija en el lugar del resto. Historiza sobre su maternidad y la relación de pareja, de aquel hombre que la obligaba a tener relaciones sin su consentimiento. Quedaba petrificada. Hasta que la serie se detiene con el cuarto hijo. No quería seguir siendo madre. Decide abortar, en la clandestinidad. Le subrayo que allí pudo sostener lo que no quería, de cuidarlo. En la siguiente entrevista, se repite la pregunta sobre la causa, pero la encadena con otra: “¿Por qué no me cuidé, por qué no insistí?”. Una pregunta sostenida en un bien decir que revela una posición de goce.

M. despliega que tras tener a su tercera hija ya dudaba de la maternidad porque la violencia con su pareja cada vez era mayor. Al parir le pide a la médica que la ligadura de trompas, pero el discurso médico sanciona que era muy joven para eso y no hace lugar a su pedido. Ella tampoco insiste. Luego, viene el embarazo que aborta. La culpa la inunda y le pide a Dios volver a quedar embarazada. Lo consigue, da a luz, pero el bebé fallece a los meses. Redobla la apuesta y quiere volver a tener un hijo, que venga a resarcir su culpa por haber abortado. Llega así el último.... Y decide separarse, no sin la intervención del hijo mayor que es el que intercede para que él los deje de acosar, cuidándola. “¿Por qué no insistí cuando la médica me dijo así?”, pregunta que se formula en nuestro último encuentro. No hay tiempo para armar una respuesta.

¿Cómo decir adiós a una vida que se acaba?

Addio. Así titula el psicoanalista Néstor Braunstein (2022) la carta que difunde por email en la que transmite no sólo una despedida, sino también su argumento a propósito de la decisión de poner fin a su vida antes que la enfermedad decida el tiempo, la forma, y el lugar. Encabezo este apartado conclusivo con la pregunta que se formula en su escrito; siendo la carta misma el acto que inscribe una respuesta posible.

La reciente película de Almodóvar, *La habitación de al lado*, cuenta la historia de Martha, corresponsal de guerra, quien sabiéndose próxima a morir por el avance irrefrenable de una enfermedad oncológica, vuelve cómplice a su amiga Ingrid de la decisión de quitarse la vida para no ser ella quien espere a la muerte por la enfermedad. No sólo que guarde el secreto, si no que la acompañe en sus últimos días, los que eligió pasar alejada de cualquier lugar, olor, presencia familiar.

Adriana Rubinstein (s/a) afirma que “siempre se está vivo hasta el final” aunque no pueda saberse nada de la muerte propia. Y enuncia distintas respuestas subjetivas ante la inminencia del final que son bien palpables en la clínica: el obsesivo que mantiene la ilusión de que la muerte es un accidente y que puede evitarla, entonces elude el riesgo del acto pagando el precio de una muerte en vida; la desmentida ante la muerte que puede conducir al heroísmo y la hazaña creyéndose omnipotentes; la melanconización de la vida que promueve una actitud de desprecio y de que todo es poco frente a la falta de eternidad: el armado fóbico para localizar el miedo a morir y creyendo que el riesgo sólo se presenta ante el objeto fóbico; la reconexión con el deseo de un modo inédito, saliendo de la detención que promovía la ilusión inconciente de eternidad. Y finalmente, también menciona aquellos casos en donde la fantasía de suicidio o el pasaje al acto suicida funciona como modo de salida de lo insoportable; o incluso, como modo de decisión sobre la propia muerte.

C. y M. tuvieron su propia respuesta, bien distinta una de la otra. ¿Diríamos que en ambas hubo un “buen morir”? Quizás en C. el final se dio de un modo

más próximo al ideal paliativo: falleció en su casa, en su cama, rodeada de su familia, pudiendo controlar síntomas, expresando su voluntad, trabajando sobre un legado en los que quedan, pudiendo recuperar el disfrute durante un tiempo previo, recuperando la voz en las decisiones médicas, sin sufrimiento sobrante, al basal que supone el saberse próximo a morir. Hubo tiempo, fue una derivación temprana. También fue posible trabajar con la familia, construir transferencia para abordar sus propios padecimientos. En M. la pregnancia del sufrimiento incommovible y rebosante marcó de entrada al equipo. La fijeza en lo mortífero de su posición y el comportamiento propio de la misma enfermedad, dificultaron el control de síntomas a lo largo del proceso de atención. M. quería estar en su casa, pero no fue posible contemplar esa decisión porque no había una red familiar que oficiara de contención: la angustia desbordaba a sus hijos, quienes entraban en desesperación y esto incrementaba las crisis de M. Sólo fue posible aliviar el sufrimiento en los últimos días recurriendo a estrategias farmacológicas. El trabajo paliativo vía lo simbólico resultaba infructuoso. Y si bien, murió sin percepción del sufrimiento, el buen morir podríamos decir que fue más controvertido.

No obstante, en ambos, la apuesta por la ética del bien decir produjo efectos paliativos; tal como fuera definido este concepto en el campo del psicoanálisis aplicado a los CP. Intervenir en la dirección de ir produciendo lo incurable a partir de localizar los S1 que comandan al sujeto, significantes condensadores y productores de goce, así como también lo que se repite de sus respuestas, en una coyuntura no cualquiera: la de la imposibilidad de evitar la muerte. Mientras el caso C. evidencia con mayor claridad el bien decir desde la dimensión automaton de la repetición; el caso M. hace lo suyo respecto de la repetición como tyché.

C. tiende a comprender su ruptura en el lazo con los otros que le trae mucho sufrimiento, a partir de una versión lastimosa de la enfermedad: los otros la excluyen por estar enferma, o le demuestran más afecto por estar enferma. Cuestionar la enfermedad como causa y los sentidos a ella adosados, permite la emergencia de algunos S1 que van delineando una posición de sustracción ante el Otro. La “timidez” se asoma como la envoltura formal de un síntoma que antecede a la enfermedad; y en la medida en que algo de esa defensa sutilmente se va tocando a la par que se trabajan los cambios en la imagen

corporal (aspecto simbólico-imaginario no menor para ella en el encuentro con el Otro sexo), la timidez se afloja y C. se anima a dejarse ver. Estos desplazamientos le permiten ubicarse en otro lugar respecto de la enfermedad, recuperando una voz propia ante el discurso médico y el de sus padres, pero también, adoptando una respuesta más vital tras saberse enferma y con la posibilidad de la imposibilidad de curarse. El tiempo se inviste con un aire de deseo cuando la enfermedad se lo permite, y cuando ella consiente a la finitud del mismo.

En M. lo simbólico no alcanza para vestir el horror del cuerpo enfermo. Conforme avanza la enfermedad, las piezas sueltas se sueltan cada vez más. Sabe que va a morir, pero decirlo no inscribe ningún alivio. Al contrario. Se constata que no es esa la vía. El control abre un espacio donde reorientar un bien decir del lado de la practicante. La pregunta final que se formula en la proximidad de la muerte *¿por qué no me cuidé, por qué no insistí?* reitera su posición de entrega como objeto del goce del Otro, pero no ya desde la culpa sino, trabajo bajo transferencia, desde un lugar más cercano a la implicación. Es hasta donde llega el despliegue del significante “cuidado”, un S1 que le armó un ser y marcó el cuerpo: la que cuidó a los otros y la que no se cuidó. El desplazamiento se produce de la teoría del castigo que la confirma en una culpa denigrante y alimenta los autoreproches, a la pregunta por su propia respuesta, con la que interroga su lugar de objeto... su elección.

Ni Braunstein ni Martha fueron pacientes en atención paliativa. Aun así, ¿podríamos pensar que sus finales fueron una “buena muerte”? Por supuesto que falta material para precisarlo, y tampoco es el objetivo de esta tesis categorizar las muertes en “buenas” o “malas”. Pero es importante incluir sus experiencias porque aportan un elemento controvertido desde el aspecto ético-legal que queda por fuera de la filosofía de los Cuidados Paliativos pero implanta en su praxis un debate que merece tener un lugar. Se trata de los casos donde existe un sujeto que decide paliar el sufrimiento existencial provocado por la afectación de una enfermedad progresiva e irreversible como un acto de dignidad por el cual se rebela a la “ley de la mortalidad” propia de la vida. Otra vez la pregunta se instala: si desde la ética del buen morir, la buena

muerte es aquella que acontece sin sufrimiento ni dolor, ¿cómo puede contribuir a dicha causa una ética del bien decir?

Conclusión

Si para el discurso del amo es el yo el que no miente, en el discurso analítico es el goce el que no engaña. Lo simbólico viste lo real de mentira porque lo real nunca miente, por eso insistir en producir un bien decir del lado del sujeto es el modo con el que el psicoanálisis cuenta para elogiar la decisión singular, dignificar los arreglos y producir lo paliativo.

Los casos y estas breves referencias demuestran que la ética del buen morir y la del bien decir no son opuestas, no se excluyen y, tal como intentamos corroborar en este recorrido, responden a éticas diferentes. Pueden converger, o, divergir. Pero la ética del bien decir incide en la del buen morir tal como la concibe la filosofía paliativa, pudiendo producir un efecto paliativo del sufrimiento desde la óptica del psicoanálisis lacaniano. Es la presencia de un analista inserto en un dispositivo de CP o sin él, el factor que puede trazar una diferencia y una posibilidad para que un efecto paliativo tenga lugar. Cuando lo mortífero del goce y de la realidad de la muerte acecha, se hace evidente de un modo radical que el cuerpo del analista está habitado por un deseo. Deseo que nace de la transferencia al trabajo con el discurso psicoanalítico, y que puede constituirse en el elemento vivo que introduzca cierta ventilación ante tanto sufrimiento.

CAPITULO VII

Deseo del analista o inyección vital

Introducción

Lo recorrido hasta aquí condujo a localizar el bien decir como una vía regia para producir lo paliativo en el trabajo del practicante del psicoanálisis en el campo de los cuidados paliativos. Y vimos que abordar este asunto desde la perspectiva de la ética implica, tal como lo propuso Lacan, tener en cuenta lo real. La muerte como un hecho de la realidad que puede devenir en un real que despierte, y lo mortífero de lo real que habita en cada ser hablante en tanto un goce que no cesa de no escribirse.

Por otro lado, que en la interfaz del psicoanálisis y los cuidados paliativos, o mejor dicho, en la práctica del psicoanálisis entre discursos, es la irrupción del objeto a lo que hace chirriar la máquina, y el amor, lo que permitiría “destrabarla” al ser signo de un cambio de discurso. Así como Lacan precisa que la ética del bien decir no tiene nada que ver con las palabras bonitas, adecuadas o correctas; el amor tampoco se refiere al sentimiento imaginario ni pasional que desde el sentido común podríamos atribuirle. Se trata de un amor real, aquel que transmite la falta, lo que no se tiene, que contiene el resto, y que intenta vehiculizar la creencia en un saber supuesto para transferirlo del analista al analizante; visibilizando la potestad de un saber no sabido para el sujeto mismo. Hablamos del amor de transferencia y de la transferencia de trabajo como operador de la interdisciplina.

Pero también situamos que la ética del bien decir no recae sólo del lado del “paciente”, si no que a su vez concierne al decir del analista en la táctica, la estrategia y la política de su intervención. Un bien decir del lado del practicante involucra un saber leer para que algo allí pueda escribirse y algo cese de no escribirse. La pregunta que comanda este capítulo, el último de este trayecto, atañe a la posición del practicante del psicoanálisis ante la muerte. Así como

desde la Psicología Paliativa se sostiene la hipótesis de una particularidad en los procesos psicológicos que atraviesan los pacientes afectados por una enfermedad amenazante para la vida o que están próximos a morir, cabe la pregunta de si del lado del psicólogo o del practicante del psicoanálisis, también podría recortarse alguna condición diferente para el ejercicio de su profesión en el campo de los cuidados paliativos.

Encuentro en la Nota Italiana (Lacan, 1974b) algunas orientaciones que, si bien Lacan las plantea pensando en el devenir analista, podría extrapolarse a todo aquel que sostenga un deseo decidido por ejercitar su práctica en Cuidados Paliativos desde la orientación lacaniana. Y es que justamente lejos del deseo de ser analista, lo que hará posible que el discurso analítico opere allí será el deseo del analista. Y éste, sólo se aprehende en lo singular.

Consentir al desperdicio

En la Nota Italiana (op.cit) Lacan propone el dispositivo del pase para la entrada en la Escuela. Dirigida a tres italianos, líderes de tres grupos, el objetivo era regular el fenómeno de masa y producir un cambio en el discurso del amo que era el que regía la dinámica de las instituciones psicoanalíticas. Es un escrito que, fiel a la política lacaniana, enfatiza el carácter subversivo del psicoanálisis, destacando que no es la acumulación de conocimiento científico, de experiencia clínica, ni las pretendidas garantías académicas lo que hace al analista. Tampoco la pertenencia a una sociedad o los títulos que porta. Lacan hace intervenir allí el dispositivo del pase a la entrada, no sin aclarar que tampoco es sólo por el análisis que el analista puede autorizarse como tal. Enfatiza la dimensión de lo que no basta, de lo que no es suficiente. No porque exista vaya a saber qué cosa que lo complete; sino para destacar el lugar del resto. De aquello que se recorta en el no-todo. En el lugar del agente que detenta el poder, el discurso analítico propone el objeto *a* como causa.

Partiendo de la base de que no cualquiera puede ser analista, aclara que el analista no se autoriza más que por sí mismo, y que autorizarse no es autoritarse. Es del no-todo que surge el analista. Si bien es necesario que se analice, eso no es suficiente.

Ahora bien, ¿a qué se refiere con este “sí mismo”? ¿Qué hace falta?

Ubica una condición: es necesario que tenga en cuenta lo real. Y en lo que sigue, es fácil perderse porque si bien aclara que no es el analista quien aloja este saber en lo real, sí es preciso que se haga semblante de eso. Ese saber será el de la no relación sexual. El analista, dirá, aloja otro saber en otro lugar, pero debe tener en cuenta el saber en lo real. La frase es equívoca porque puede referirse tanto al saber en lo real del analizante, como el suyo propio en su análisis. Agrega: “... era preciso que se añadiese el clamor de una pretendida humanidad para quien el saber no está hecho puesto que no lo desea”. El analista no desea saber nada. Por el contrario, “No hay analista a no ser que ese deseo le surja, es decir que ya por ahí sea el desecho de la susodicha (humanidad)” (p, 328), y debe llevar la marca “... de haber transmitido un deseo inédito sólo a los desechos de la docta ignorancia” (p, 329). Esto es lo que se trata de verificar en el pase. En todo caso, este es el saber que le cabe al analista, el de soportar encarnar el desecho. Me es inevitable no recordar aquel texto en el que Miller (2009) habla de la salvación por los desechos como la promesa psicoanalítica, en oposición a la salvación por los ideales. “Salvarse” por los desechos es dignificar la existencia del inconciente a partir de localizar aquello singular que no hace conjunto, que va a contramarcha, que pulsa y que nombra al sujeto.

Más adelante sigue:

“El analista, si se criba en el desperdicio que he dicho, es gracias a que tiene una idea de que la humanidad se sitúa en la buena fortuna (es donde está sumergida; para ella no hay más que buena fortuna), y es en lo que debe haber circunscrito la causa de su horror, el suyo propio, el de él, separado del de todos, horror de saber. Desde ese momento, sabe ser un desperdicio. Es lo que el análisis ha debido, al menos, hacerle sentir. Si ello no le lleva al entusiasmo, bien puede haber habido análisis, pero analista ni por asomo.” (o.cit, p. 329).

Fui a buscar el significado de cribar, ya que era para mí una palabra desconocida. Criba es un utensilio que se utiliza en la agricultura para cribar semillas o en minería, limpiar minerales. Consiste en un aro con una malla

agujereada por donde pasan las semillas para “separar las partes menudas de las gruesas” o “para eliminar las impurezas”. También significa “selección rigurosa”.

Saber ser un desperdicio, ¿no es acaso reconocerse finito, y por lo tanto también castrado? ¿No es también estar advertido de la piedra con la que se tropieza una y otra vez en el camino para dejar de alimentarla con sentido y patearla un poco para que no estorbe tanto? ¿No es renunciar al todismo fálico para reconocernos una cosita más entre otras? Localizar la causa del propio horror de saber pareciera ser la condición... inviable sin la experiencia del análisis.

Entonces, ¿no es sólo desde allí que podría surgir el deseo del analista? De esa cosita que somos y de lo que es insoportable para sí mismo? Autorizarse por sí mismo es autorizarse por ese deseo inédito cuya consecuencia es ocupar el lugar de desecho por medio de lo que llama la docta ignorancia, esa disposición a escuchar despojados de saberes preestablecidos e ideales, para poder descubrir lo singular.

En Consejos al médico Freud (1912) equiparaba la posición del analista a la del cirujano, en la medida en que para operar es necesario que silencie sus sentimientos de compasión para poder aplicar las reglas de su arte. Este llamado a cierta neutralidad analítica ha sido muy cuestionado y también mal interpretado dentro y fuera del campo psicoanalítico. Incluso, tomado desde la literalidad hasta podría contraponerse con la filosofía paliativista que hace de la empatía y la compasión del profesional para con la situación de enfermedad que atraviesa la unidad de atención, el signo distintivo de su intervención. En línea con la transmisión freudiana, Lacan en el Seminario 7 ubicaba que el deseo del analista lo conmina a callar sus saberes humanos y divinos para poder escuchar la singularidad de quien le habla (1959-1960, p. 358). Esta pretendida inhumanidad de la posición analítica no lo convierte en un despiadado ni en un déspota; más bien, está planteada para preservarlo de esos lugares y reducir la brecha que lo conduciría a intervenir desde sus propios ideales y afectos. La buena muerte y también el bien decir pueden hacerle pisar el palito del encarnizamiento al ideal. El practicante no está

exento de estos tropiezos. El practicante es también un ser humano que puede angustiarse y defenderse de esa angustia cuando se confronta con la muerte y con la enfermedad. El asunto es no operar desde allí. No está todo el tiempo como analista, pero dejarse orientar por el discurso analítico implica que renuncie a intervenir desde la contratransferencia, encarnar ese desperdicio que es: un objeto resto que desde el vacío que cala, a veces con el silencio, cause el trabajo para que la palabra y un decir se produzca del lado del sujeto. El análisis y el control, son sus aliados en el tallado de su posición.

En el Seminario 11 el deseo del analista es un deseo impuro, deseo de producir la diferencia absoluta entre el I y el a (1964a, p.284), el ideal y el objeto, puesto que en esa diferencia está lo singular. Recordando el “cribar” al que hace mención en la Nota, podría equipararse a ese trabajo de tamizaje, de separación de piezas y de selección. Pero, y aquí radica lo interesante de ese cualificativo “impuro”, la diferencia nunca es pura porque conlleva lo que Miller llama “la cochinada, esa que ustedes rechazan (...), sobre la que no quieren saber nada” (2005, p. 40). Otra vez, el desperdicio. En esta máxima diferencia será también necesario que no confunda su trabajo como analizante con el ejercicio como analista.

Practicar la docta ignorancia

Uno de los apartados de Variantes de la cura tipo (1988) Lacan lo titula “Lo que el analista debe saber: ignorar lo que sabe”. En ese escrito hablará del análisis como un progreso del no-saber porque la ignorancia lejos de ser la negación del saber representa la forma más elaborada de saber. Y no será posible ejercitarse en ella sin otros: “la formación del candidato no podrá terminarse sin la acción del maestro o de los maestros que lo forman en ese no-saber, en ausencia de lo cual nunca será otra cosa que un robot de analista” (op.cit, p. 345). Es un autorizarse por sí mismo, pero no sin otros. De lo contrario, le queda la autoritualización.

Es también en Variantes... donde va a definir la ignorancia como una pasión del ser, junto con el amor y el odio. Sorpresivamente, hacia el final de la Nota italiana también aparece el asunto del amor... porque es por ocupar este lugar de desecho que el analista puede “(...) hacer el amor más digno que la

abundancia de parloteo (...)" . En el seminario Los no incautos yerran (1973-1974), contemporáneo a la Nota, articulará lo real, el saber y el amor al definir el amor como la relación de lo real con el saber: si el saber en lo real consiste en la inexistencia de la relación sexual, el amor es el que puede servir como tapón de ese agujero "... es preciso que el psicoanálisis sepa que si el psicoanálisis es un medio, es en el lugar del amor que se sostiene". (clase del 18 de diciembre) . El amor se instituye como medio y como salida. El amor de transferencia, y en el tema que toca a este capítulo, el amor de transferencia del practicante al psicoanálisis. Sostengo la convicción de que sólo por él, es posible estar como soporte de ese real imposible por el que definía la clínica en la Apertura de la Sección.

Saber ser el desperdicio conjuga tanto ejercer la docta ignorancia en el trabajo con los pacientes, como no ignorar lo que es insoportable para uno mismo en el trabajo del propio análisis. Estar advertido de su pathos, como propone Silvia Salman (2019). Sólo así el psicoanalista podrá hacerse guardián en acto de lo imposible y de su real (Blanchet, 2017). Posición que, en el caso particular del psicoanálisis aplicado al campo de los Cuidados Paliativos, involucraría hacer pasar el asunto de la muerte (incluso como la concibe el discurso del amo) por el dispositivo analítico.

El buen agujero

Retomo la cita con la que concluí el capítulo 5, a propósito de una definición posible de lo paliativo en el psicoanálisis de la orientación lacaniana: "(...) nuestra intención (...) no es en absoluto llevar a alguien a hacerse un nombre ni una obra de arte. Es más bien algo que consiste en incitarlo a pasar por el buen agujero de lo que a él se le ofrece como singular" (Lacan, 1975b, p. 11). Dicha cita pertenece a un texto en el que Lacan se ocupa de diferenciar lo particular de lo singular para el discurso analítico, a la luz de la regla fundamental; aquella inventada por Freud para dar inicio a la experiencia del análisis. Se trata de la invitación a que alguien hable sin pensar. Invitación que pareciera ser muy sencilla, pero (y en este punto Lacan es muy contundente) supone un esfuerzo, en la medida en que esa dirección va justo a perturbar el

principio de placer. Es un “desarreglo” de este principio, dirá, porque el principio de placer es eso a lo cual la gente se aferra... a la norma fálica. Mediante esta vía lo simbólico se despliega; despliegue que implica poner sobre la mesa la inyección de significantes en lo real con los que estamos obligados a arreglárnosla, y al mismo tiempo, la estrategia inventada por el sujeto para responder en esa relación con lo real... es decir: su síntoma. A esto llama Lacan lo particular, e instala con la regla fundamental una dirección que, al decir de Racki (s/a) “... va tirando del decir particular del síntoma, se va dando vueltas hasta que algo se aprieta, se calza ahí. Así sedimenta la singularidad del síntoma como destino.” Es necesario caer en los engaños del sentido para localizar ese destino que el nudo tejió, el síntoma, y entonces, encontrar una salida a la trampa del goce... aquel que empuja a creer en ficciones todistas que mortifican.

¿Por qué alguien consentiría a ello? Agujero es, como lo afirma Juan Mitre (s/a), un nombre de lo real, es también lo no interpretable y lo pulsional. En el Seminario 23 Lacan aproxima el “verdadero agujero” al “No hay Otro del Otro” (1975-1976, p. 132”). El encuentro con la realidad de la muerte anuncia una coyuntura paradigmática de esta inexistencia, y en el psicoanálisis aplicado a los CP podríamos considerar que producir lo más singular implica la condición particular ya desbrozada (cap 5) de confrontarse con un punto de soledad radical: aquella a la que se enfrenta quien está próximo a morir. Insiste la pregunta ¿por qué alguien accedería a ello, de no ser que la otra alternativa –la de seguir agarrado a las identificaciones- le acarree un mayor sufrimiento? En definitiva es un asunto de elección y la decisión no es tan fácil porque está el goce en juego. Pero, la invitación no es del todo en soledad. Cuando Lacan establece que para ceñir lo singular hace falta sudar, esforzarse, no deja este trabajo del lado de quien padece solamente. Compromete al analista, lo dice claro: “(...) hay que sudar un poquito para hacer algo juntos (...)” (Lacan, 1975b, p. 10)

La contingencia del encuentro con un analista advertido de la causa de su propio horror, de su condición de desecho, puede instituir una oportunidad para diluir por la palabra el penar de más que se tejió con el sentido; aun ante la irrupción de una enfermedad amenazante para la vida (y en algunos casos podrá ser *especialmente* a partir de ella), pasible de convertirse mediante este

encuentro, en una contingencia... y que algo cese de no-escribirse. En todo caso se trata de una oferta que reviste el carácter de la apuesta, que se puede aceptar o rechazar. Una invitación a correr el riesgo, siendo dóciles a la oportunidad, cada vez ...

“es necesario disponer la oreja a la puesta a prueba de esa verdad de la emergencia del discurso analítico en cada franqueamiento de un discurso a otro: no digo otra cosa que el amor, es el signo de un cambio de discurso” (Lacan, 1972-73, p. 25).

Reiterando un fragmento del capítulo precedente a propósito de lo que los casos nos enseñan, cuando lo mortífero del goce y de la realidad de la muerte acecha, se hace evidente de un modo radical que el cuerpo del analista está habitado por un deseo. Deseo que nace de la transferencia al trabajo con el discurso psicoanalítico, y que puede constituirse en el elemento vivo que introduzca cierta “ventilación” (clase del 26/2/77 del Seminario) ante tanto sufrimiento. Pasar por el buen agujero es una incitación a desechar: desecharse de un ser, desechar algo de ese Otro sostenido por el goce de cada sujeto. En C., airear un poco su ser de exclusión, que la confirmaba en el lugar de objeto de la mirada lastimosa, o la que siempre quedaba afuera de una juntada, de un abrazo, de una clase; para que decante su posición escurridiza, incluso de la misma enfermedad. Y sabiéndose imposible de curación, pueda incluirse en la vida y dirigir un pedido de lo que desea ante la inminencia de la muerte. En M., sacudir un poco su ser de resto, de objeto de goce del Otro, escuchando que ella puede decidir y que esa decisión tiene el sentido del cuidado; de allí replantearse algunas decisiones de su vida para dirigir a la practicante una pregunta en la que se nombra como agente de una posición antes que objeto de la decisión del Otro.

Pasar por el buen agujero requiere entonces de la praxis del bien decir, pues sólo así podría “cribarse” lo particular para ceñir lo singular.

Conclusión

El campo de los Cuidados Paliativos pone a prueba en el filo de la vida y de la muerte, al deseo del analista. Un deseo que proviene de hacer de tu vida un desecho: desechar los ideales, las fantasías, desechar el ser, en un campo donde la enfermedad y la proximidad de la muerte amenazan con desechar el ser de quien se ve afectado por ella, al tiempo que empujan a hacer consistir un ser a partir de dichas coordenadas.

¿Estará el practicante dispuesto a jugar la partida? ¿A pasar por su buen agujero? ¿A incitar al sujeto a pasar por su buen agujero abriendo algunas ventanitas por donde circule un poco de aire cuando la muerte asfixia?

Ud, puede comenzar por el final

Y no sé qué hacer con esa muerte tan tonta, tan gratuita, tan hipnótica, y tampoco sé por qué lo estoy contando ahora, pero supongo que siempre es así: uno escribe algo para contar otra cosa.

El nervio óptico, María Gainza, 2017

Restos de mi encuentro con la muerte y con la vida

Con el inconciente

Con los pacientes

Con el analista

Con mi asunto

Y con los cuidados paliativos

Una vez Alguien me dijo:

-No pensaste en escribir? Armar un blog, o algo así.

No sé si eso va conmigo. Le respondí.

Seca, mi mejor defensa.

Y así empieza esta historia.

.....

El impacto

Incontable en segundos. Fue un estallido, pero en el cuerpo.

La velocidad arrasando. Fue la película de tu vida pasándote facturas, por lo hecho, por lo no hecho. Por dicho, por lo silenciado. Miserable neurosis.

Intenté ordenarlo, ponerle tiempos, espacios, armar secuencias, encontrar sentidos que alivien el dolor que siento cada vez que escucho, que huelo, que toco, el impacto.

Fue un giro en el aire. O varios. Un curso acelerado de vuelo para aterrizar en el asfalto. Fueron brazos y abrazos que amortiguaron la caída. De acá, y de allá.

Es una oportunidad para darle otra vuelta de tuerca. Para rearmar con lo que queda aunque las piezas no encajen.

El impacto fue la muerte,

El impacto es la vida.

.....

Volé en el aire

Y el golpe fue tan fuerte

Que me desperté.

Después, pasaron cosas

De distintos colores.

Todas menos una.

Pasó un año y para algunos volví a cumplir años.

Entendí que los regalos se encuentran cada día

Si estás dispuesta a recibirlos.

Las marcas a veces tiran

Son tres,

Y tienen forma de llamas

Que queman cuando algo me gusta.

¿Cuántas vidas entran en una?

.....

Quisiera poder nombrarlo. No me sale. Y otra vez, lo que se escapa.

La repetición nunca es exacta.

Inexorable.

Inexacta.

.....

Entonces abrí la puerta. Estaba la ola, pero también el fantasma. O era lo mismo. No sé.

Tanto tiempo saltando por la ventana...

Es que eso me enloquecía.

Insoportable. Ingobernable. Insobornable.

Cállenlo! Cayendo, lo que restaba. El lastre.

Recostada, en carne viva, su voz no bastaba.

Los espejos del ascensor bajando: no quería ver. Pero el cuerpo al lado soportaba.

Y cuando me fui sentí que no quería volver

Nunca más ahí. No quiero. No.

*Te espero. **La bolsa o la vida.***

.....

Mantenerme a salvo,

O asomar la nariz para saber lo que hay ahí.

De eso no se nada. No tanto. Y otra vez,
El desencanto.

Un pataleo al diván, o unos cuantos.

El hastío. Uffffffff!

Areglamento, escuché.

Y la música que me alcanza.

.....

El brillito.

Lo ví. Le brillaron y sonrió,

Y por algunas nubes se le empañaron.

Los ojos. Dijeron algo que no entendí.

Pero duró lo que una pestaña, que cuando cae

Queda pegada. O se te mete y molesta.

En un abrir y cerrar, a veces se vuela.

Otras vuelve. Y hay otras.

Aunque el brillito es único. Y me ví.

En ese brillo, el que reluce cuando falta.

.....

El corazón en la boca, le dije.

Tum-tum-tum-tum. Perdí la cuenta cuántos fueron.

No importaba.

Lo que vino después, sí. Porque algo nace

Cuando algo muere. Hay que hacer lugar,

O no cabe el espacio. Ni en la boca, ni en el corazón.

Entonces mordí la nube negra. Había lluvia. Era el agua de la ola que me
empapó.

Y fue hermoso. Fresco y ardiente.

Tenía la boca en el corazón.

.....

Seca

Se cae. Al aire.

Y en el mar me encapucho creyéndome impermeable.

Me mojo. Dulce, pero seca.

Eso fue lo que quedó. No siempre fue así.

Pero raspa, como las piedras.

Raspa. Áspera.

Es un punto en el medio del océano.

.....

Despertó y estaba seca

No un poco, del todo.

Habían pasado muchos meses y amagaba

Con recuperarse y seguir dando hojas nuevas.

Así venía sobreviviendo de hace un tiempo a esta parte.

Algunas hojas secas se caían, pero siempre estaban por brotar nuevas.

Entonces seguía regándola, cuidándola.

Quería que se salvara, que no muriera.

Una vuelta la olvidó al sol. La luz parecía un remedio. Pero ese olvido la quemó.

Creó que no tenía retorno. La hidrató, la limpió. Siguió sobreviviendo.

Pero era eso, sobrevivir. ¿Valía la pena?

Curiosamente hoy la volvió a mirar. Había estado distraída,

Viviendo la vida muy amorosamente.

Casi no quedaba hoja verde. Crujiente, achicharrada.

Transmitía el fin.

¡Por fin el fin!- susurré en pensamientos.

Ya era tiempo de reiniciar.

.....

Cositas

Y supe entonces que

Escribir sobre la muerte es un poco

Atravesarla en vida.

Que no hay LA muerte, sino varias

Que no vivimos al nacer ni morimos al morir.

Que algo puede vivir cuando otra cosa muere.

Y que eso... justamente eso,

Un poquito de *La cosa* es lo que somos.

¿Quién se anima a mirar a la muerte de frente?, me preguntó.

Con 106 años quiere vivir más. Sabe y no sabe que esta vez lo que le pasa no es “nada”, como otras veces.

Solo se anima quien supo vivir la vida, le respondí.

Entonces levantó la mirada y dirigiéndomela, sin dudar, me contó lo bien que ella la supo vivir.

.....

En su mundo de planetas,

No faltaron las estrellas.

Más amarillo que el sol, le dolía verse.

Justo él, dedicado a la comunicación, se enteraba, habiendo pedido lo contrario, lo que si querer saber, sabía.

Y por eso los planetas lo acechaban, con la premura de la resolución. Porque en esta galaxia, por segunda vez, la enfermedad lo corría. Más rápido de lo que vuelan las palabras. A cuenta gotas fue diciendo.

Decidiendo los sí y los no, que lo preservaran.

Un poquito.

Sólo hizo una pregunta.

Le sugerí otra: “¿Por qué la guerra?”, la carta que Einstein le envía a Freud, y su respuesta. Qué se yo si la leyó. Pero escribió una para dejarme, con lo que lo había vivificado el último tiempo. También con una recomendación de lectura: “La era del individuo tirano”, de Éric Sadin.

Un tipo “demasiado pensante”.

Y nos reímos un poco.

Tan-poco tiempo. Tirano y fugaz,

Como sus planetas.

.....

La vida sigue en otro lugar
Donde vuelan las mariposas,
Y a veces nos visitan
Para recordarnos que
La vida sigue
En otro lugar.

.....

Sobran palabras y aplastan sentidos
Falta. Qué lindo cuando falta,
Aunque empachada de anestesia, a veces
Me extraño. ¿Dónde quedó eso?
¿Se habrá volado con el viento o ahogado con el mar?
Ese pequeño objeto de desecho.
Encontrarse con eso.
Y reirme un poco. Desencajada.
Nunca entendí, lo que no se entiende.
No todo dicho ni todo escrito. Notodo. Noto.
Lo anoto pero se escapa. Una y otra, vez.
Nos ves? No ves?

.....

Nuditos
Embrollo y desembrollo,
Como un nudo que se ata y desata.
Apreta, ajusta. Se afloja. Y se vuelve a apretar.
Pero atar no es anudar.
Entonces qué? O por qué? O para qué?
Es una contractura que tensiona.
Y el nudito sigue ahí.
Insportablemente, ahí.
¿No podría desatarse, un poco, y ya?
Necesariamente, ahí.

.....

Lo que me dejan

No le dolía morir. Más bien era lo que dejaba,

Los suyos. Dejarlos. Había vivido por ellos.

Insistía en ella el asunto de la despedida.

Tuvo un amor que la llevó a las olimpiadas.

617 fue la marca que la consagró. Pero hubo otra,

La de aquel que la esperó diez años para casarse.

Cambiaste un amor por otro, le dije. Y sonreímos.

Esa noche soñé.

Fue pesado, vívido. Soñé una despedida.

Que me desprendía. Y desperté con una pregunta:

¿Se sentirá así?

.....

¿Cuántas estrellas?

Cinco noches y ciento veinticinco días

Treinta y cuatro suspiros y cuatro bocanadas

Un destello y un desierto

Cero ganas y menos diez encuentros

Una historia contabilizada.

.....

Dejar que decida el tiempo,

Perder vida.

Insensato.

.....

El sol y las piedras queman,

Pero lo que veo es tan hermoso que

No me importaría arder.

El agua es de un color que destella.

El señor instaló su sombrilla y canta.

En italiano, en inglés, en español.

Canciones románticas,

De esas que hablan al amor.
Canta, desentona tan lindo.
No le importa. Ni quemarse, ni desentonar.
Creo que está enamorado,
De la vida.

.....

Refugiarme en el mar,
Infinito
Espumoso
Revoltoso
Salado
Indómito.
A veces insolente, porque suena como quiere.
Avanza y retrocede, cuando quiere. Y borra la huella en su paso.
No deja rastro de lo que hubo debajo. Barre y se lo lleva.
Vaya a saber uno, dónde.
Siempre me gustó refugiarme en el mar...
Se me (a) parece.

.....

Eso era lo traumático.
Una electricidad brotando
El riesgo de muerte y el arriesgo de vida
Un atropello.
Como cuando te da una descarga, o cuando sentís que el corazón
Puede salirse del pecho.
Eso. Que te despierta del sueño.
Eso, que te arranca. Como el amor.
Que no se entiende, que no se explica.
Que te sorprende y
A veces
Te aniquila. O te anima.

Lo traumático.

Eso.

.....

Soñé

Y fue un maremoto

Hablaba otra lengua, trepaba una montaña

Para que las olas no me alcancen. Había temor.

Había sorpresa.

Soñé

Y fue la muerte matando al deseo, justo

Cuando iba a dar el paso.

Desperté

Con un maremoto en los ojos.

Y vi claro.

Tantas olas nublan la vista.

.....

Calesita

Le di vuelta

Y escribiendo sobre la muerte

Volví al amor.

Entonces, le di vuelta.

Desperté. Eso estaba ahí

Desde el inicio,

Y escribiendo sobre la muerte,

Volví.

.....

A veces sucede que

Finalmente sucede.

Y se abre un mundo.

Solían decirme que cuando desees algo muy fuerte, llega.

Nunca lo creí del todo. Y en cambio vi a otros que ayudaban sus deseos con actos. No dejaban la decisión al destino, ni a los astros, ni a la religión. No alcanzaba con soplar las velitas en la torta de cumpleaños.

Pero sí era necesario el tiempo. La paciencia y también la perseverancia. Sin claudicar en el deseo y consintiendo a la apuesta con el riesgo de perder

A veces sucede que sucede,

Y finalmente se abre un principio.

.....

Creo que

La vida puede ser tan linda

Cuando decidís abrir la puerta

Que lo que hay del otro lado,

Brilla.

Y también creo que

Este momento es tan lindo porque

Solamente tenía que saber mirar

Lo que hay del otro lado.

Entonces,

La vida brilla.

.....

Mordí.

Salí. Con más improvisación

Que otras vueltas. Más mareada también,

Como la marea que avanza y retrocede.

Pero nunca está en el mismo lugar.

Podía adjudicarle los tropiezos a mis despistes,

A la mala suerte, a mercurio retrógrado, al inconciente elucubrador de sentido.

O podía intentar una segunda vuelta.

Y dejarme marear, pero de otra manera.

Mordí, lo que era desperdicio

Y algo del resto sabe dulce.

.....

Quería saber qué era lo que hacían. Eso de la muerte, la enfermedad, me intrigaba. Así fue que pedí rotar por el equipo. Todavía era residente.

La angustia del fin, de estar testigo del dolor, fue inevitable. Pensaba ¿cómo puede ser que les guste este trabajo? El fallecimiento del primer paciente en domicilio lo recuerdo como si fuera ayer. También la primer paciente que me llegó de una manera distinta.

Se llamaba Josefa. Su casa, que apenas tenía paredes, desprendía amor. El de sus nietos, el de sus hijos. Tejía. Todavía guardo el posapavas tejido que me regaló. Tenía mucho miedo a morir. Ella no sabía, que yo también.

También temía que se muera porque me iba a doler.

Algunas noches la soñaba. ¿Era posible evitarlo?

Los observaba, los escuchaba con atención. Quería aprender de ellos, de cómo lo hacían.

Seis años después, sigo haciéndolo. Y sigo acá, en este equipo, porque elegí quedarme. Ya no pregunto con aquella extrañeza sorprendida “¿cómo puede ser que...?” Digamos que algunas preguntas cambiaron, y seguir haciéndomelas es lo que impulsa que el deseo siga vivo aún.

Es lo singular. El esfuerzo que hacen para ir a pescar lo singular, el respeto por eso singular. No es la Muerte ni la Enfermedad. Es Josefa.

Y es el estilo que cada uno imprime en su modo de estar. Con las fallas, la locura de cada día, las quejas y la angustia. Pero también, con el deseo vivo de paliar el sufrimiento.

Vivo y comprometido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alizade, A. M. (1996). *Clínica con la muerte*. Argentina: Amorrortu.
- ANNUAL REPORT AND YEAR BOOK 1990-91, ST. CHRISTOPHER'S HOSPICE. Londres: St. Christopher's Hospice, 1991
- Arenas, G. (2017). *Pasos hacia una economía de los goces*. Buenos Aires: Grama.
- Ariès, P. (2000). *Morir en Occidente desde la Edad Media hasta la actualidad*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora S.A.
- AA.VV. (2012) *Revista Medpal. Medicina Paliativa "Interdisciplina y domicilio". Publicación del equipo interdisciplinario de medicina paliativa del Hospital Interzonal General de Agudos Rodolfo Rossi. Año 4 N°5*. La Plata: Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires.
- AA.VV. (2012) *Revista Medpal. Medicina Paliativa "Interdisciplina y domicilio". Publicación del equipo interdisciplinario de medicina paliativa del Hospital Interzonal General de Agudos Rodolfo Rossi. Año 2 N°3*. La Plata: Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires.
- AA.VV (2014). *Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud*, - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/04/0000000885cnt-2016-09-manual-cuidados-paliativos-para-la-atencion-primaria-salud.pdf>
- Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos, IAHPC. Definición consensuada. Disponible en <https://cuidadospaliativos.org/definicion-consensuada-de-cuidados-paliativos/#:~:text=Los%20cuidados%20paliativos%20son%20la,del%20final%20de%20la%20vida>

-Barbero, J. (2008). *Psicólogos en Cuidados Paliativos: la sinrazón de un olvido*. Psicooncología, vol 5, N° 1, pp. 179-191.

-Barbero Gutiérrez, J; Gómez-Batiste, X; Maté Méndez, J y Mateo Ortega, D. (Eds.). (2016). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: Intervención Psicológica y Espiritual*. Obra Social "la Caixa": Barcelona. Disponible en <https://fundacionlacaixa.org/documents/234043/558217/manual-atencion-psicosocial.pdf>

-Bayés R, Arranz, P, Barbero J, Barreto, P. (1996). "Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa". Med P, N° 3, pp.114-121.

-Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martinez Roca.

-Bayés, R. (2005). *Medicina paliativa: Psicología y cuidados paliativos*. Ed. Medicina Paliativa, vol 12, N° 3, pp. 137.138

-Bayes R.; Barreto, P; Barbero J. y Arranz, P. (2005). *Intervención emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A. Caps 2 y 4.

-Beauchamp, T. & Childress, J. (1979). *Principles of Bioethical Ethics*. Oxford University Press, New York, 2° edition, 1994, pp 148-149.

-Benito, E y Barbero, J.(2014). "El sufrimiento en clínica. Incorporando las tradiciones de sabiduría". En: E. Benito, J. Barbero, M. Dones (Eds.). *'Espiritualidad en Clínica: Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos'*. Madrid: Inspira Network; (Monografías SECPAL), pps: 87-89.

-Betancourt, G. (2011). *Limitación del esfuerzo terapéutico versus eutanasia: una reflexión bioética*. Humanidades Médicas, vol 11, N°2.

-Braceras, D. (2006). *Psicoanálisis y Medicina: al filo de la vida. Experiencias interdisciplinarias*. Buenos Aires: el autor.

-Braunstein, N. (2022). *Addio*. Disponible en <https://nestorbraunstein.com/?p=804>

-Brodsky, G. (2019). "Un saber alegre". En *Pasiones lacanianas*. Buenos Aires: Grama.

-Broggi, Marc Antoni (2011). *Por una muerte apropiada*. Barcelona: Anagrama.

-Byung-Chul, Han (2022). *Caras de la muerte. Investigaciones filosóficas sobre la muerte*. Argentina: Herder.

-Canguilhem, J. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.

-Cassell, E. J. (1982). "The nature of suffering and the goals of medicine. The new England Journal of Medicine", vol 306, pp. 639-645.

-Castellanos, S. (2013). "La ética del bien decir". *Conferencia presentada en las II Jornadas de Psicoanálisis y Medicina*, Barcelona. Extraído de <https://santiagocastellanos.es/la-etica-del-bien-decir/>

-Chapman, C.R.; Gavrin, J. (1993). "Suffering and its relationship to pain. Journal of palliative care", vol 9, N° 2, pp. 5-13.

-Clavreul, J. (1978). *El orden médico*. Argot: Barcelona.

-D'Angelo, L. (s/a). "Actualidad de la transferencia. Tres interrogantes sobre la Escuela". Disponible en <https://www.cdcelp.org/docs/ESPACIO%20TRANSFERENCIA%20LUCIA%20D'ANGELO.pdf>

Dufourmantelle, A. (2019). *Elogio del riesgo*. CABA: Paradiso editores.

-Dulitzky, S. (2023). *Vivir con finitud. Sufrimiento existencial y cuidados paliativos*. Buenos Aires: Letra viva.

-Entrevista a Sigmund Freud. *El valor de la vida*. (1926) Disponible en Revista L' Interrogant N°7, Fundacio Nou Barris per a la Salut Mental, Barcelona.
<https://revistainterrogant.org/sigmund-freud-valor-la-vida/>

-European Association for Palliative Care (EACP) (2011). *Guía para la formación de posgrado de psicólogos que intervienen en cuidados paliativos*. European Journal of Palliative care, vol. 18, pp. 238-252.

-Freud, S. (1895) "Proyecto de una psicología para neurólogos". *Obras completas, tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu.

-FREUD, S. (1911). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico, *Obras Completas, tomo XII*, Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

-FREUD, S. (1912). "Sobre la Dinámica de la Trasferencia, (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)", *Obras Completas, tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

-FREUD, S. (1912b). "Consejos al médico" en *Obras Completas, tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

-FREUD, S. (1914). "Introducción al narcisismo", *Obras completas, tomo XIV*, Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

-FREUD, S. (1915). "Lo inconsciente", *Obras completas, tomo XIV*, Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

-FREUD, S. (1915a). "Pulsiones y destinos de pulsión", *Obras completas, tomo XIV*, Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

-FREUD, S. (1915 b). "De guerra y muerte. Temas de actualidad", *Obras completas, tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

-Freud, S., (1916) "La transitoriedad", *Obras completas, tomo. XIV*, Buenos Aires: Amorrortu, 1955.

-FREUD, S. (1917 [1915]). "Duelo y melancolía", *Obras Completas, tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.

-
- Freud, S. (1918). "Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica". En *Obras Completas, tomo XVII*, Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
- FREUD, S. (1920). "Más allá del Principio de placer", *Obras Completas, tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
- Freud, S. (1923) "El yo y el ello". En *Obras Completas, tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
- FREUD, S. (1926 [1925]). "Inhibición, síntoma y angustia", *Obras Completas, tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu, 1995.
- FREUD, S. (1930). "El malestar en la cultura", *Obras Completas, tomo XXI*. Buenos Aires: Amorrortu, 2015.
- Gainza, M. (2017). *El nervio óptico*. Buenos Aires: Anagrama.
- Gurevicz, M. & Muraro, V. (2011). "La causa eficiente". En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-052/216.pdf>
- Hastings Center ([1996] 2004). "Los fines de la medicina". Cuadernos de bioética, vol. 11, p. 5. Barcelona: fundació Víctor Grífols i Luca.
- Heidegger, M. (2018). *Ser y tiempo*, Madrid: Trotta.
- Hernández Sampieri, R.(2003). *Metodología de la investigación*, México, Mc Graw Hill.
- Holland Jimmie, Rowland J. H. (1989). "Handbook of Psycho-Oncology: Psychological Care of the patient with cancer". Nueva York: Oxford University Press.
- Holland JC; Jacobsen PB; Riba MB. (2001). "NCCN: Distress management. Cancer control"; 6 (suppl. 2), p. 88-93.
- Kubler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

-Lacan, J., (1948) "La agresividad en psicoanálisis", *Escritos 1*, Buenos Aires: Paidós.

-Lacan, J.A. (1949). "El estadio del espejo como formador de la función del je". En *Escritos 1*, Buenos Aires: Siglo veintiuno, 2012-

-Lacan, J. A. (1953). "Variantes de la cura tipo", *Escritos 1*, Bs.As.: Siglo veintiuno editores, 2012.

-Lacan, J. A. (1953). "Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis". En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo veintiuno, 2012.

-Lacan, J. (1955), "La Cosa freudiana o sentido del retorno a Freud en psicoanálisis", en *Escritos 1*, Buenos Aires: Siglo veintiuno, 2012.

-Lacan, J.A. (1958). "La dirección de la cura y los principios de su poder". En *Escritos 2*. Bs.As.: Siglo veintiuno, 2015.

-Lacan, J. (1958b), "Observación sobre el informe de Daniel Lagache", en *Escritos 2*, Bs.As: Siglo veintiuno, 2012.

-Lacan, J. (1957-58). *Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós, 2013.

-Lacan, J. (1958-59). *Seminario 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: - Paidós, 2015.

Lacan, J. (1959-1960). *Seminario 7: La Ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2007.

-Lacan, J. (1962-63) *Seminario 10, La Angustia*. Bs.As: Paidós, 2013.

-Lacan, J.A. (1964a). *Seminario 11, Los cuatro conceptos fundamentales*. Bs. As.: Paidós, 2013.

-Lacan, J. A.(1964b), "Posición del inconsciente", en *Escritos 2*, Buenos Aires: Siglo veintiuno, 2015.

-Lacan, J.A. (1965). "La Ciencia y la Verdad". *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo veintiuno, 2015.

-
- Lacan, J.A. (1966). "Psicoanálisis y Medicina". *Intervenciones y Textos I*. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J.A. (1966-67). *Seminario 14. La lógica del fantasma*. Buenos Aires: Paidós, 2024.
- Lacan, J.A. (1967) "Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la escuela". En *Otros escritos*, Buenos Aires: Paidós, 2013.
- Lacan, J. A. (1969). *Seminario, 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2013.
- Lacan, J.A. (1971). "Acto de fundación": en *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Lacan, J.A. (1972a). Conferencia que imparte en Lovaina (1972) <https://www.youtube.com/watch?v=NNzvXeQ4wos>
- Lacan, J.A. (1972 b) "El Atolondradicho", en *Otros Escritos*. Paidós: Buenos Aires, 2012.
- Lacan, J.A. (1972-73). *Seminario 20 Aún*. Buenos Aires: Paidós, 2019.
- Lacan, J.A. (1970) "Radiofonía", en *Otros Escritos*, Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Lacan, J.A. (1973) "Televisión", en *Otros Escritos*, Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Lacan, J., (1973-1974) *Seminario 21. Los no incautos yerran*, clase del 11 y del 18 de diciembre de 1973 (inédito).
- Lacan. J.A. (1974). "La tercera". En *Intervenciones y textos 2*. Bs. As. Manantial. 1988.
- Lacan, J.A. (1974b) "Nota italiana". En *Otros Escritos*, Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Lacan, J.A. (1974-75). *Seminario 22, R.S.I.* Bs. As: Versión Crítica.

-
- Lacan, J. (1975a). "Cierre de las Jornadas de Estudio de Carteles de la Escuela Freudiana", Revista *Lacaniana de Psicoanálisis*, n.º 17, Buenos Aires: Grama, 2014.
- Lacan, J.A. (1975b). "El placer y la regla fundamental". En *Revista Lacaniana, de Psicoanálisis*, año XVIII, N° 32. Buenos Aires: Grama, 2022.
- Lacan, J.A. (1975-76). *Seminario 23. El sinthome*. Buenos Aires.: Paidós, 2019.
- Lacan, J.A. (1976). *Seminário 24: «L'insu que sait de l'une-bévue s'aile a mourre*. Inédito.
- Lacan, J.A. (1977). "Apertura de la sección clínica". En *Ornicar*, N° 9. París.
- Lacan, J.A.(1981). *Réponse de Lacan à une question de Catherine Millot. Improvisation : désir de mort, rêve et réveil*. L'Âne N° 3. Disponible en <https://psicoanalisislacaniano.com/2017/05/02/jlacan-improvisacion-deseo-muerte-sueno-despertar-1981/>
- Lacan, J.A. (1988). "Variantes de la cura tipo". En *Escritos 1*, Buenos Aires: Siglo veintiuno, 2012.
- Laurent, E. (2003). "¿Desangustiar?". Publicado en *Mental N° 13 de diciembre de 2003*, p. 21-23. Disponible en <https://www.revistavirtualia.com/articulos/586/destacados/desangustiar>
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). "Stress, appraisal and coping". Nueva York: Springer.
- Ley N° 26742. Ley de muerte digna, 2012. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859/texto>
- Ley N° 26529 "Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud", 2009. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>
- Ley N° 27678. Ley de Cuidados Paliativos, 2022. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27678-368373>

-López, S. (2022). “¿A favor de qué abandonar la eternidad?”. En *Revista Virtualia Vida y Muerte en psicoanálisis*, año XVI, N° 41. Disponible en <https://www.revistavirtualia.com/storage/ediciones/pdf/olITWjFEzE9U647jlokZga6N0VDDyDMOyoDCYuVX.pdf>

-Medina, M. (s/a). “Respuesta psicológica a la enfermedad”. Material construido para apoyo del tema en los cursos docentes de posgrado (presencial y virtual) del equipo docente Flacso – Femeba.

-Mertehikian, A. (2007) “Antecedentes históricos”. En *Revista Medpal. Medicina Paliativa “Interdisciplina y domicilio”. Publicación del equipo interdisciplinario de medicina paliativa del Hospital Interzonal General de Agudos Rodolfo Rossi*. Año 0 N°1. La Plata: Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires.

-Mertnoff, R. (2017) *Cuidados Paliativos y atención integral de la cronicidad avanzada*.

-Miller, J.A. (1989). *Lógicas de la vida amorosa*. Buenos Aires: Manantiales, 1991.

-Miller, J.A. (1988). “Partenaires”. En *Causa y consentimiento*, Buenos Aires: Paidós, 2019.

-Miller J.-A. (1997-1998). *Política Lacaniana. Capítulo 6*. Buenos Aires: Colección Diva, 2017.

-Miller, J.A. (1998a) *El hueso de un análisis*. Buenos Aires: Tres haches.

-Miller, J.A.: (1998b). “Patología de la ética”. *Elucidación de Lacan*, Bs.As: Paidós.

-Miller, J.A. (2000). “Transferencia de Trabajo”. En *El banquete de los analistas*. Buenos Aires: Paidós.

-Miller, J.A. (2000-2001). “Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapias” en *Revista La Cause Freudienne* n° 48. “La orientación lacaniana III, 3, El lugar y el vínculo”. Extraído de <https://fcpol.org/wp->

<content/uploads/2020/04/010110-JA-Miller-Psicoanalisis-puro-psicoanalisis-aplicado-y-psicoterapia.pdf>

-Miller, J.A. (2002). *Biología lacaniana y acontecimiento de cuerpo*. Buenos Aires: Colección Diva.

-Miller, J.A. (2004). «Una Fantasía», en: Revista *Lacaniana*, N° 3: *Curar con el psicoanálisis*, EOL, Buenos Aires, Agosto de 2005.

-Miller, J.-A. y otros(2005). *Efectos terapéuticos rápidos*, Paidós, Barcelona, 2005.

-Miller, J.A. (2009). “La salvación por los desechos”. En *El psicoanálisis, Revista de la ELP*, n° 16, pp. 15-23.

-Miller, J.A. (2014). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós.

-Miller, J.A. (2016). “Hablar con el cuerpo”. En *Revista Consecuencias*, N° 17. Disponible en <https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/017/template.php?file=arts/Alcances/Hablar-con-el-cuerpo.html#notas>

-Miller, J.A. (2023). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

-Mitre, J. (s/a). “Sudar por lo singular: ética, clínica y política”. En *Revista Consecuencias*, N° 28. Disponible en <https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/028/template.php?file=arts/varaciones/sudar-por-lo-singular.html>

-Miller, J.A. (2019). *Causa y consentimiento*. Capítulos II, III, IV, VII, XIV. Buenos Aires: Paidós.

-M'Uzan (1974) *S.Y.E.M (Si yo estuviera muerto)*

-M'Uzan, M. (1976) *La elaboración del tránsito*.

-M'Uzan, M. (1978). *Del arte a la muerte*. Barcelona: ICARA.

-M'UZAN, M. (1987). “Freud y la muerte”, en *Interpretación freudiana y psicoanálisis*, Argentina: Paidós.

-Negro, M. (2008). *La otra muerte. Psicoanálisis en cuidados paliativos*. Buenos Aires: Letra Viva.

-Negro, M. (s/a). "El psicoanalista frente a la terminalidad y la muerte". *El psicoanalítico*, N° 11. Entrevista disponible en <https://www.elpsicoanalitico.com.ar/num11/clinica-negro-psicoanalista-frente-a-la-terminalidad-y-la-muerte.php>

-OMS. (2002). *Programas nacionales de lucha contra el cáncer. Directrices sobre política y gestión*. Ginebra.

-OMS. (2014). Resolución de la 67° Asamblea Mundial de la Salud. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. Ginebra: OMS/ WHO. Disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67/a67_r19-sp.pdf

-Panizo, ML. (2020). "Reconvertir la mala muerte en época de Covid 19". Disponible en <https://ifea.hypotheses.org/4119>

-Racki, G (2021). "Ventilación analítica y el no-todo." Disponible en <https://blog.eol-laplata.org/ventilacion-analitica-y-el-no-todo-por-gabriel-racki/>

-Racki, G. (2021b). "Nuevos poros del amor". Argumento X ENAPOL, disponible en <https://enapol.com/x/argumentos/>

Racki, g. (s/a) "Sudor analítico". En *Revista Mediodicho*, N°50. Córdoba. Buenos Aires: Córdoba.

-Racki, G. (2024). *Clínica analítica de la repetición. Entre lógica y poesía*. Buenos Aires: Grama.

-Real academia española (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23° edición. Madrid: Espasa.

-Rubinstein, A. (2008). "El psicoanálisis no es una cosmovisión ni tiene respuesta para todo". Disponible en <https://www.elsitio.com.ar/noticias/noticiamuestra.asp?Id=1897>

-Rubinstein, A. (s/a). *La subjetivación de la muerte propia*.

-Robin Acevedo, V.; Panizo, ML; Cubino, M. (2020). "La mala muerte". En *Revista Anfibia*, UNSAM. Disponible en <https://www.revistaanfibia.com/la-mala-muerte/>

-S/A, (oct 2023.) "¿Qué son los cuidados paliativos y en qué casos están recomendados?". Entrevista a Sergio Pederiva, médico paliativista en CCP Baires. Infobae. Disponible en <https://www.infobae.com/salud/2023/10/14/que-son-los-cuidados-paliativos-y-en-que-casos-estan-recomendados/>

-Sánchez-Salvatierra, J. & Taype-Roldan, A. (2018). "Evolución del Juramento hipocrático. ¿Qué ha cambiado y por qué?". En *Rev. méd. Chile* vol.146 no.12 Santiago. Disponible en https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018001201498

-Sánchez, B. (s/a). "El cuerpo y los tres registros". En *Revista Enlaces*. Disponible en <https://www.revistaenlaces.com.ar/2.0/archivos/lecturas/20/Blanca%20Sanchez%20-%20El%20cuerpo%20y%20los%20tres%20registros.pdf>

-Saramago, J. (2005). *Las intermitencias de la muerte*. Buenos Aires: Alfaguara, 2022.

-Saunders, C.M. (1980). "La filosofía del cuidado terminal". En: *SAUNDERS CM (eds.). Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona: Salvat Editores, 259-272

-Saunders C. (1978). "Hospice Care. American Journal of Medicine". 65: 726

-Saunders C. (2003). "The evolution of palliative care". *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*. pp. 66:4-7.

-Schejtman, F, (2012) "Bucles, rulos, espirales y más giros", en *Ancla 4/5, Perversiones y versiones del padre*, Revista de la Cátedra II de psicopatología, Facultad de Psicología, U. B. A.

-SCHUR, M (1972). *Freud: Living and Dying*. New York: Int. Universities Press, Inc.

-SECPAL. Historia de los Cuidados Paliativos. Disponible en <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>

-Slatopolsky, G. (2022). "Vida y muerte en singular". En *Revista Virtualia Vida y Muerte en psicoanálisis*, año XVI, N° 41. Disponible en <https://www.revistavirtualia.com/storage/ediciones/pdf/olITWjFEzE9U647jlokZqa6N0VDDyDMOyoDCYuVX.pdf>

-Solano-Suárez, E. (2017). "*Les planètes ne rêvent pas de mourir*", *La cause du désir*, n.º 96, pp. 33-50.

-Sotelo, I. (2022). "La vida y su goce". En *Revista Virtualia Vida y Muerte en psicoanálisis*, año XVI, N° 41. Disponible en <https://www.revistavirtualia.com/storage/ediciones/pdf/olITWjFEzE9U647jlokZqa6N0VDDyDMOyoDCYuVX.pdf>

-Stolkiner, A. (1987). "De interdisciplinas e indisciplinas". Publicado en Elichiry, Nora (Comp) (1987) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Bs As: Ed. Nueva Visión (pp. 313-315). Disponible en https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplinas_e_indisciplinas.pdf

-Stolkiner, A. (1999). "La interdisciplina entre la epistemología y las prácticas". *Revista El campo psi*, año 3, N° 10. Disponible en <https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/concurso07/inter1.pdf>

-Twycross, R. (2000). "Medicina Paliativa: filosofía y consideraciones éticas". *Acta bioethica*, vol. 6, N° 1. Disponible en <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n1/art03.pdf>

-Vidal, M.A. y Torres, L.M. (2006). "In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos". En *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, Vol. 13, N.º 3, p. 143-144.

-Vicens, Antoni (2022). "Por el discurso de Freud la muerte es el amor". En *Revista Virtualia Vida y Muerte en psicoanálisis*, año XVI, N° 41. Disponible en <https://www.revistavirtualia.com/storage/ediciones/pdf/olITWjFEzE9U647jlokZga6N0VDDyDMOyoDCYuVX.pdf>

-Wainszelbaum, V. (2021). *De cicatrices e invenciones. El duelo y el trabajo de análisis*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

-Yunis (2022). "Lo real y la ética", en *Revista Cythère* fapol.org.